

# 令和6年度診療報酬改定の概要

社会保険伝達講習会

令和6年3月27日(水)

一般社団法人 富山県歯科医師会

## 診療報酬

+0.88%

※1 うち、※2~4 (+0.42%) を除く改定分 +0.46%

各科改定率 医科 +0.52%

歯科 +0.57%

調剤 +0.16%

※40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分 (+0.28%程度) を含む

※2 賃上げ加算

看護職員、病院薬剤師、リハビリ専門職、看護補助者等の医療関係職種（上記1を除く）について、令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対応 +0.61%

※3 入院時の食費の見直し +0.06%

※4 うち生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化  
▲0.25%

## 初診料・再診料の引き上げ

歯科診療にかかる評価について、標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要があること、医療機関の職員や歯科技工所で従事する者の賃上げを実施すること等の観点から、初再診料や歯冠修復及び欠損補綴物の製作に係る項目について評価を見直す。

- |   |                 |      |       |
|---|-----------------|------|-------|
| 1 | 歯科初診料           | 267点 | (+3点) |
| 1 | 歯科再診料           | 58点  | (+2点) |
| 2 | 地域歯科診療支援病院歯科初診料 | 291点 | (+3点) |
| 2 | 地域歯科診療支援病院歯科再診料 | 75点  | (+2点) |

歯冠修復及び欠損補綴物の製作に係る項目の評価の引き上げ

## M002 支台築造（1歯につき）

改定前		改定後
1 間接法		1 間接法
イ メタルコアを用いた場合		イ メタルコアを用いた場合
（1）大臼歯	176点	（1）大臼歯 <b>181点</b>
（2）小臼歯及び前歯	150点	（2）小臼歯及び前歯 <b>155点</b>
ロ ファイバーポストを用いた場合		ロ ファイバーポストを用いた場合
（1）大臼歯	196点	（1）大臼歯 <b>211点</b>
（2）小臼歯及び前歯	170点	（2）小臼歯及び前歯 <b>180点</b>

+5点

+15点

+10点

歯冠修復及び欠損補綴物の製作に係る項目の評価の引き上げ

## M010 金属歯冠修復（1個につき）

改定前		+2点~+5点	改定後	
1 インレー			1 インレー	
イ 単純なもの	190点		イ 単純なもの	<b>192点</b>
□ 複雑なもの	284点		□ 複雑なもの	<b>287点</b>
2 4分の3冠(前歯)	370点		2 4分の3冠(前歯)	<b>372点</b>
3 5分の4冠(小臼歯)	310点		3 5分の4冠(小臼歯)	<b>312点</b>
4 全部金属冠(小臼歯及び大臼歯)	454点		4 全部金属冠(小臼歯及び大臼歯)	<b>459点</b>

### 通知

(10) 分割抜歯を行った大臼歯に対して、単独冠として金属歯冠修復を行う場合は以下の通り扱う。

- イ 上顎の第1大臼歯又は第2大臼歯を3根のうち2根(口蓋根及び近心頬側根又は遠心頬側根のいずれか)を残して分割抜歯をした場合は、大臼歯の歯冠修復として算定して差し支えない。
- 下顎の第1又は第2大臼歯を近遠心2根のうち1根を残して分割抜歯をした場合は、小臼歯の歯冠修復として算定して差し支えない。

歯冠修復及び欠損補綴物の製作に係る項目の評価の引き上げ

中医協資料改

## M010-4 根面被覆 (1歯につき)

改定前		+5点	改定後	
1 根面板によるもの	190点		1 根面板によるもの	<b>195点</b>

## M017-2 高強度硬質レジンブリッジ (1装置につき)

改定前	+200点	改定後
2,600点		<b>2,800点</b>

通知

(2) 高強度硬質レジンブリッジは以下のいずれかに該当する場合に算定する。

イ (略)

□ 歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者において、臼歯部1歯中間欠損に使用する場合(医科の保険医療機関又は医科歯科併設の医療機関の医師との連携の上で、診療情報提供(診療情報提供料の様式に準ずるもの)に基づく場合に限る。)なお、⑤⑥⑦のような場合においても、歯科医学的に適切と判断される場合は、高強度硬質レジンブリッジを算定しても差し支えない。

## M018 有床義歯

改定前			改定後	
1 局部義歯 (1床につき)			1 局部義歯 (1床につき)	
イ 1歯から4歯まで	594点	+30点	イ 1歯から4歯まで	<b>624点</b>
ロ 5歯から8歯まで	732点	+35点	ロ 5歯から8歯まで	<b>767点</b>
ハ 9歯から11歯まで	972点	+70点	ハ 9歯から11歯まで	<b>1,042点</b>
ニ 12歯から14歯まで	1,402点	+100点	ニ 12歯から14歯まで	<b>1,502点</b>
2 総義歯 (1顎につき)	2,184点	+236点	2 総義歯 (1顎につき)	<b>2,420点</b>

## M020 鑄造鉤 (1個につき)

改定前		+5点	改定後	
1 双子鉤	255点		1 双子鉤	<b>260点</b>
2 二腕鉤	235点	2 二腕鉤	<b>240点</b>	

## M021 線鉤 (1個につき)

改定前		+3点	+2点	改定後	
1 双子鉤	224点			1 双子鉤	<b>227点</b>
2 二腕鉤 (レスト付き)	156点	2 二腕鉤 (レスト付き)	<b>159点</b>		
3 レストのないもの	132点	3 レストのないもの	<b>134点</b>		

## M021-2 コンビネーション鉤 (1個につき)

改定前	+10点	改定後
236点		<b>246点</b>



## M021-3 磁性アタッチメント（1個につき）

改定前		改定後	
1 磁石構造体を用いる場合	260点	1 磁石構造体を用いる場合	<b>460点</b>
2 キーパー付き根面板を用いる場合	350点	2 キーパー付き根面板を用いる場合	<b>550点</b>

+200点

## 通知

- (8) 磁石構造体の脱離等で有床義歯の修理を行った場合は、区分番号M029に掲げる有床義歯修理により算定する。

## M029 有床義歯修理 (1床につき)

改定前		改定後	
有床義歯修理 (1床につき)		有床義歯修理 (1床につき)	
260点		260点	
+	歯科技工加算1 +50点	+	歯科技工加算1 <b>+55点</b>
	歯科技工加算2 +30点		歯科技工加算2 <b>+35点</b>
+5点		<b>要 施設基準</b>	

## 通知

- (5) 鉤歯の抜歯又は鉤の破損等のため不適合となった鉤を連結部から切断又は除去した場合は、再製、修理又は床裏装を前提とした場合に、区分番号I019に掲げる歯冠修復物又は補綴物の除去「1 簡単なもの」を算定する。なお、鉤を切断又は除去した部位の状況によって、義歯調整を行うことにより当該義歯をそのまま使用できる場合においては、区分番号I019に掲げる歯冠修復物又は補綴物の除去「1 簡単なもの」を算定して差し支えない。
- (6) 磁石構造体が装着された有床義歯において、**磁石構造体が脱離した際に、再度磁石構造体を有床義歯へ装着した場合には、所定点数により算定する。**

## M030 有床義歯内面適合法

改定前	改定後								
<p>1 硬質材料を用いる場合</p> <p>イ 局部義歯（1床につき）</p> <p>（1） 1歯から4歯まで 216点</p> <p>（2） 5歯から8歯まで 268点</p> <p>（3） 9歯から11歯まで 370点</p> <p>（4） 12歯から14歯まで 572点</p> <p>□ 総義歯（1顎につき） 790点</p> <p>2 軟質材料を用いる場合</p> <p>（1顎につき） 1,200点</p> <p>+</p> <table border="1" data-bbox="322 1133 976 1289"> <tr> <td>歯科技工加算1</td> <td>+50点</td> </tr> <tr> <td>歯科技工加算2</td> <td>+30点</td> </tr> </table>	歯科技工加算1	+50点	歯科技工加算2	+30点	<p>1 硬質材料を用いる場合</p> <p>イ 局部義歯（1床につき）</p> <p>（1） 1歯から4歯まで 216点</p> <p>（2） 5歯から8歯まで 268点</p> <p>（3） 9歯から11歯まで 370点</p> <p>（4） 12歯から14歯まで 572点</p> <p>□ 総義歯（1顎につき） 790点</p> <p>2 軟質材料を用いる場合</p> <p>（1顎につき） 1,200点</p> <p>+</p> <table border="1" data-bbox="1415 1133 2069 1289"> <tr> <td>歯科技工加算1</td> <td><b>+55点</b></td> </tr> <tr> <td>歯科技工加算2</td> <td><b>+35点</b></td> </tr> </table>	歯科技工加算1	<b>+55点</b>	歯科技工加算2	<b>+35点</b>
歯科技工加算1	+50点								
歯科技工加算2	+30点								
歯科技工加算1	<b>+55点</b>								
歯科技工加算2	<b>+35点</b>								

+5点

要 施設基準

## 診療報酬

+ 0.88%

※1 うち、※2~4 (+0.42%) を除く改定分 +0.46%

各科改定率

医科

+0.52%

歯科

+0.57%

調剤

+0.16%

※40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分 (+0.28%程度) を含む

歯科 +0.57% -0.28% (賃上げ分) = 貴重な財源

できるだけ、伸びしろのあるところに、高齢社会も見据えて

中医協 総 - 1 - 1  
6 . 2 . 7

中医協資料改

令和6年1月19日開催

「令和6年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理」に関する  
ご意見の募集の結果について

1. 意見の募集方法

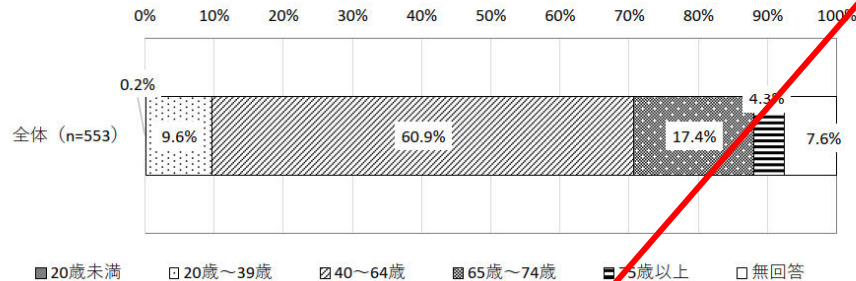
- (1) 意見募集期間：令和6年1月12日（金）～令和6年1月19日（金）
- (2) 告知方法：厚生労働省ホームページ
- (3) 意見提出方法：電子メール

2. 寄せられた意見

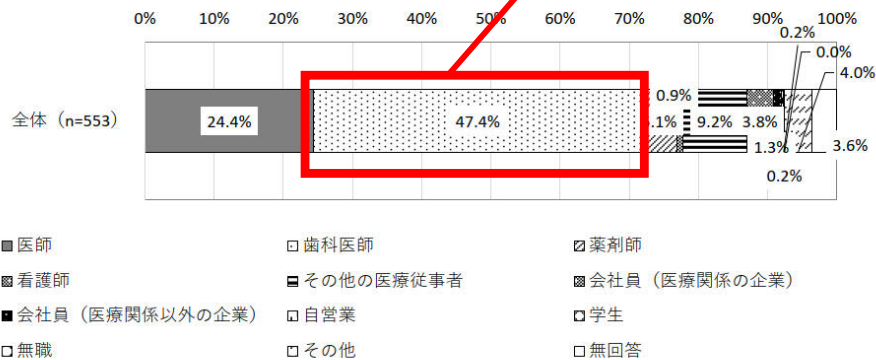
(1) 意見提出件数 553件

(2) 意見者の属性 (n=553)

① 年齢



② 職業



意見総数 553件  
うち、歯科は 47.4%

中央社会保険医療協議会総会（公聴会） 意見発表者名簿

(敬称略・発表順)

氏名	所属
1 朝倉 進	マツダ健康保険組合常務理事
2 檜谷 義美	社会医療法人社団沼南会沼隈病院会長
3 藤井 則正	日本労働組合総連合会広島県連合会（連合広島）事務局長
4 檜山 桂子	医療法人社団福原医院理事長・院長
5 佐藤 典子	猫本商事株式会社代表取締役
6 森本 進	森本歯科クリニック院長
7 藤本 大一郎	広島県坂町役場民生部部長
8 青野 拓郎	相田薬局薬剤師
9 高原 和幸	薬害ヤコブ病被害者・弁護士全国連絡協議会
10 浜崎 忍	医療法人社団八千代会メリィホスピタル副院長・看護部長

令和5年7月5日

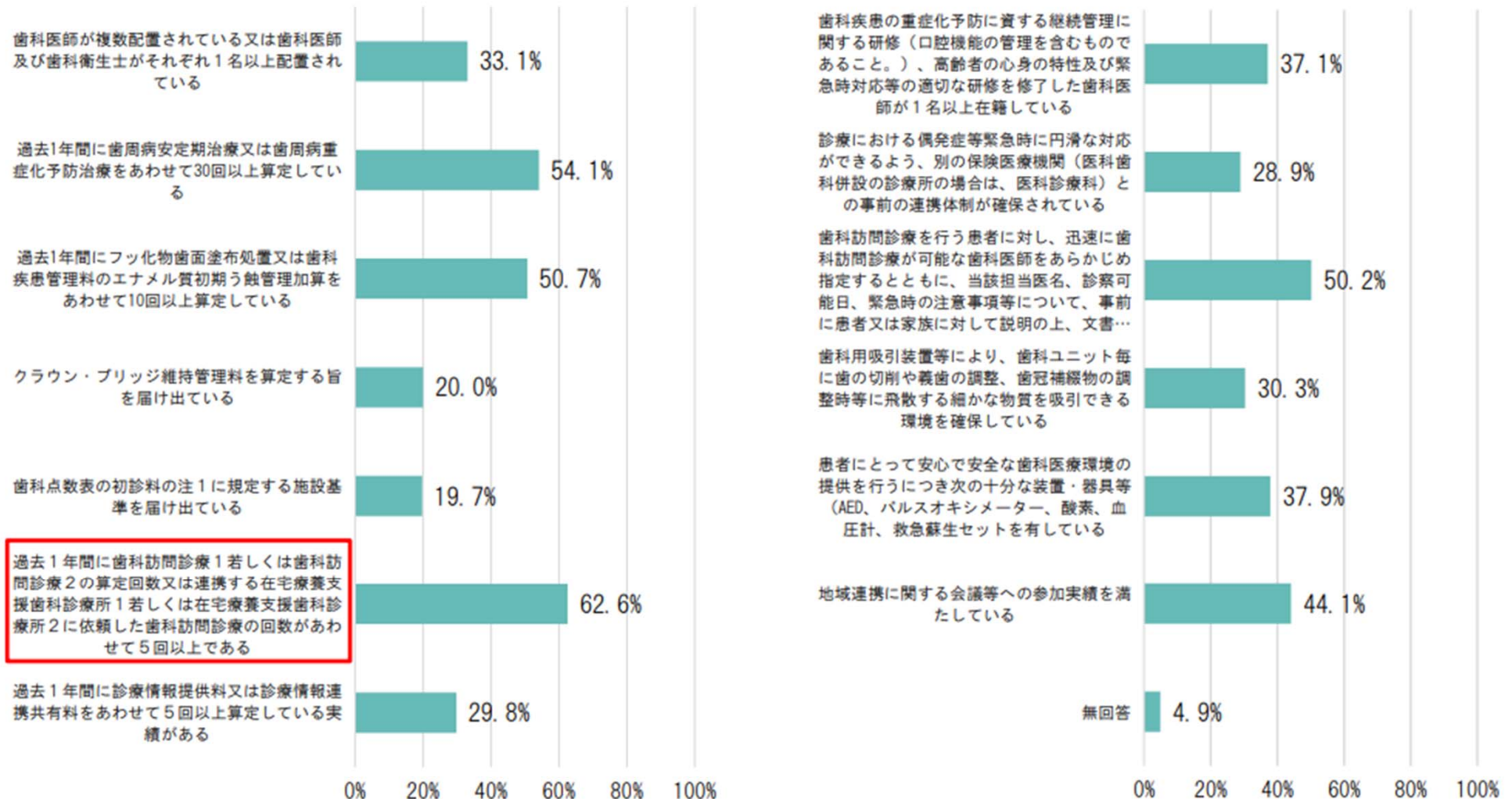
- かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（か強診）
- 歯科外来診療環境体制加算 1（外来環）
- CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー（歯CAD）
- クラウンブリッジ維持管理料（補管）

R04 歯科医療機関数（69,807件）

	届出数（R04）	取得率（%）
か強診	11,795	16.9
外来環1	33,016	47.3
歯CAD・CAD/CAMインレー	57,726	82.7
クラウン・ブリッジ維持管理料	68,656	98.4

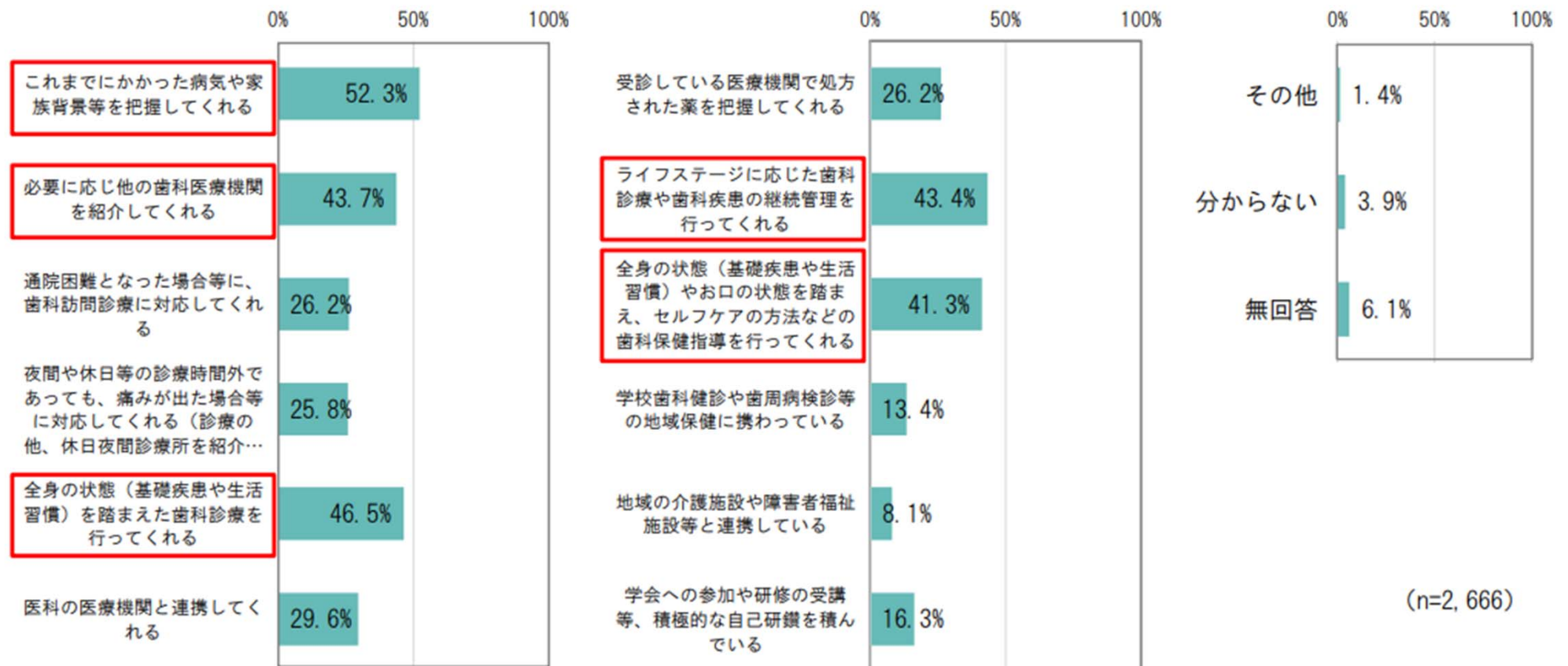
中医協資料より作成  
（R04.7.1報告時点）

## かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（か強診）の施設基準の届出を行っていない理由は、歯科訪問の実績又は依頼に関する項目が、62.6%であった



「これまでにかかった病気や家族背景等を把握してくれる」が52.3%で最も多く、「全身の状態を踏まえた歯科診療を行ってくれる」「必要に応じ他の歯科医療機関を紹介してくれる」「ライフステージに応じた歯科診療や歯科疾患の継続管理を行ってくれる」「全身の状態やお口の状態を踏まえ、セルフケアの方法などの歯科保健指導を行ってくれる」が4割以上だった。

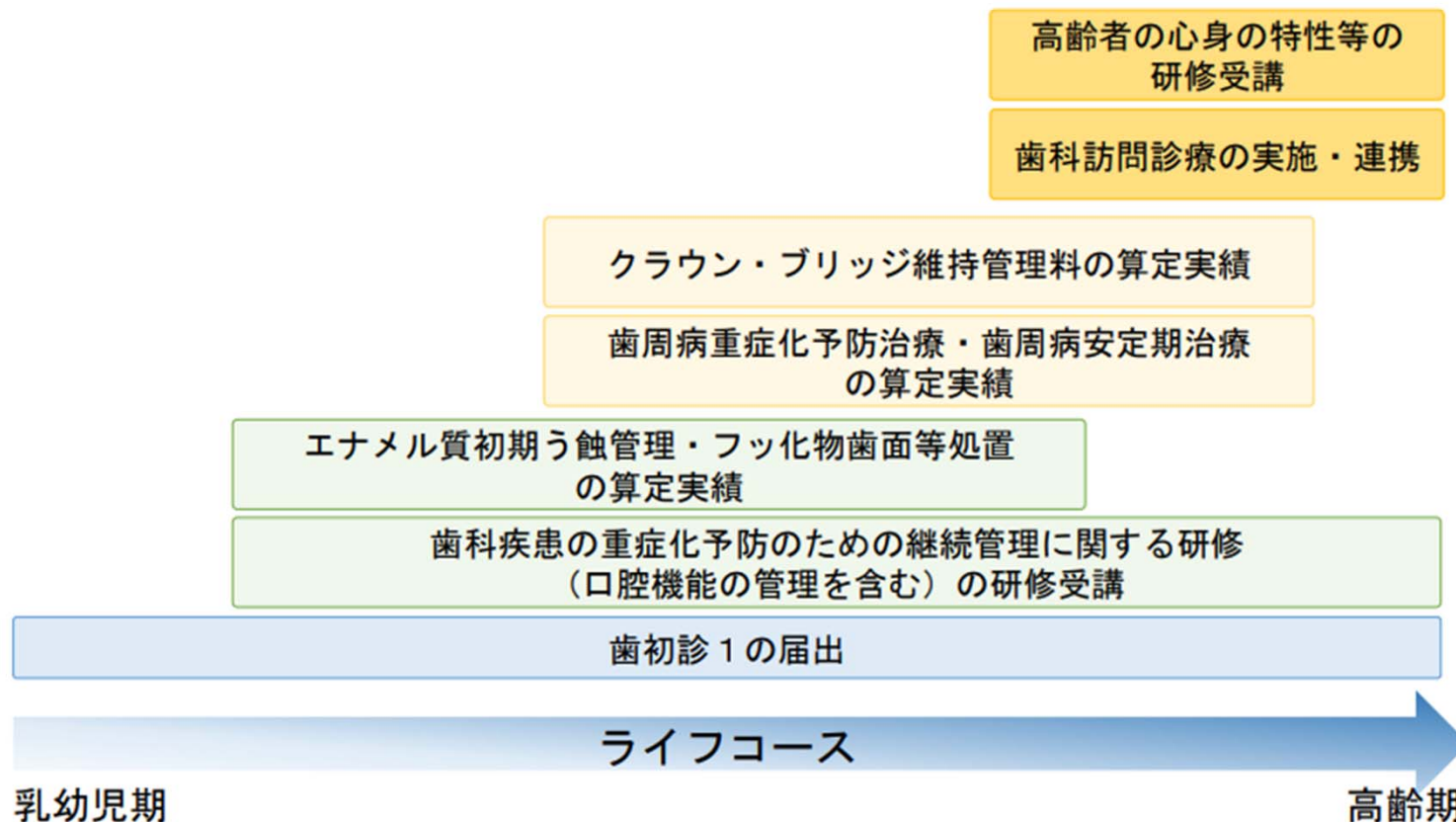
## ■ かかりつけ歯科医にどのようなことを求めるか(複数回答)



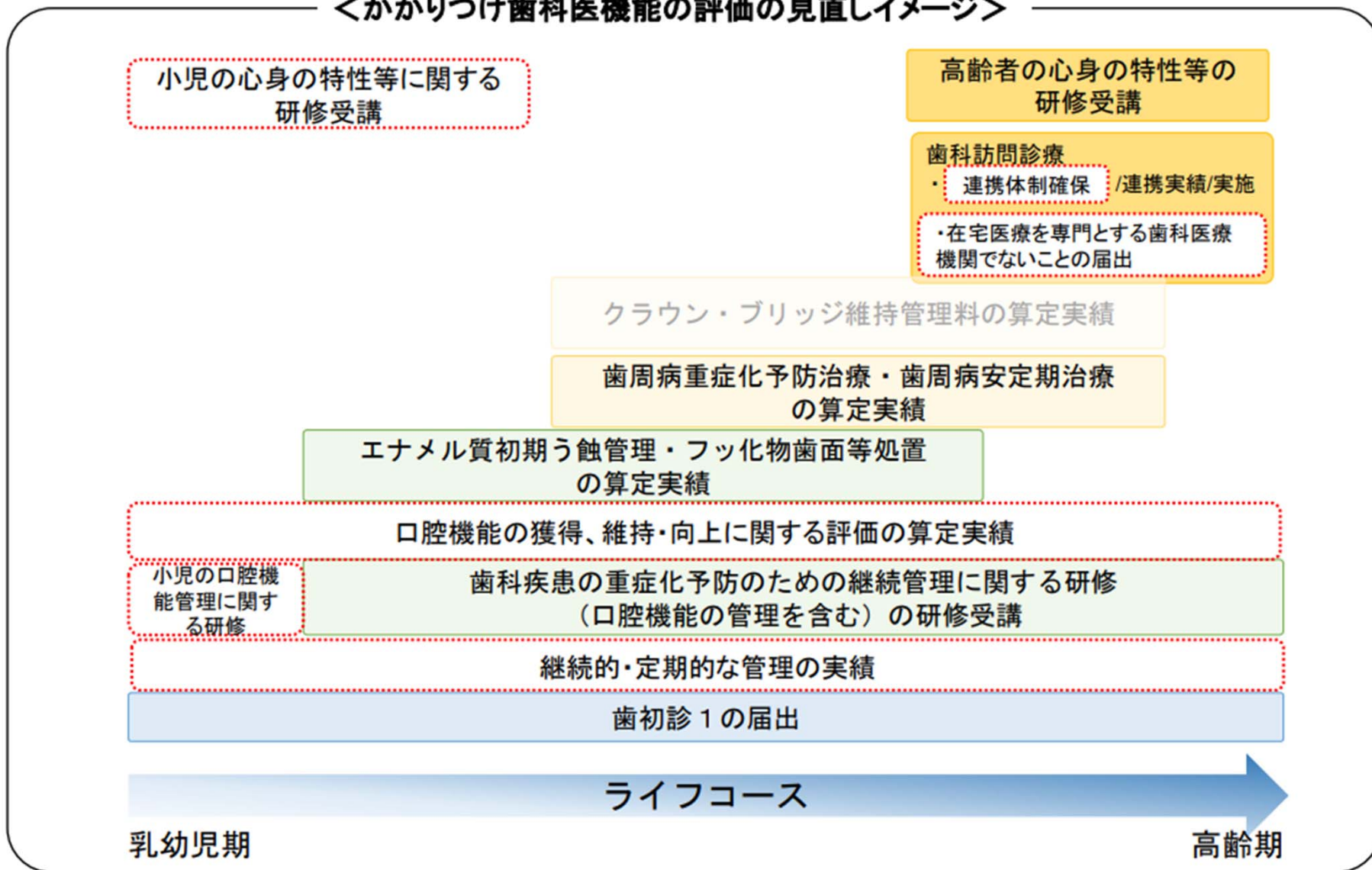


- かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準では、エナメル質初期う蝕や歯周病、クラウン・ブリッジ等の治療・管理に係る項目の算定実績や歯科訪問診療の実施・連携、高齢者の心身の特性等に関する研修受講を必須としている。
- 一方で、永久歯萌出前の小児に対応する歯科治療に係る項目の算定実績や、小児の心身の特性等に関する研修受講など小児に関する要件は設定はなされていない。

＜かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準において必須としている施設基準要件(概要)＞



## ＜かかりつけ歯科医機能の評価の見直しイメージ＞



⋯⋯⋯ : 現在の施設基準の要件に含まれていない内容

六の二の三

## かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準

- (4) 歯科訪問診療料の算定又は在宅療養支援歯科診療所 1 若しくは在宅療養支援歯科診療所 2 との連携の実績があること。



名称変更

六の二の三 小児口腔機能管理料の注 3 に規定する

## 口腔管理体制強化加算の施設基準 **要 施設基準**

- (4) 口腔機能管理に関する実績があること。

- (5) 次のいずれかに該当すること。

イ 歯科訪問診療料を算定していること。

ロ 在宅療養支援歯科診療所

- 1、在宅療養支援歯科診療所 2 又は在宅療養支援歯科病院との連携の実績があること。

ハ 在宅歯科医療に係る連携体制が確保されていること。

小児口腔機能に係る  
研修要件追加


【経過措置】 令和 6 年 3 月 31 日において現にかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所に係る届出を行っている保険医療機関については、令和 7 年 5 月 31 日 までの間に限り、(4) に該当するものとみなす。

# ● ● ● 口腔管理体制強化加算（**口腔強**）

ライフステージに応じた口腔機能管理の推進

**要 施設基準**

小児口腔機能管理料  
口腔機能管理料

 指導管理と訓練に分ける

 指導管理  
**リハビリテーション**

注1 **療養上必要な指導** → 当該管理計画に基づき、口腔機能の管理を行った場合リハビリテーション

注3 **口腔管理体制強化加算 50点の加算要件が追加**

注4 同月内併算定不可項目として、周(IV)と回復期等口腔機能管理料が追加

注5 **情報通信機器を用いて行った場合の53点が追加**  
(過去に同項目を算定した患者に限る)

ライフステージに応じた口腔機能管理の推進

小児口腔機能管理料 100点 → 60点 (-40点)  
 口腔機能管理料 100点 → 60点 (-40点)

小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料における  
 (新) 口腔管理体制強化加算 50点

新設

H001-4 歯科口腔リハビリテーション料 3 (1口腔につき)

新設

- (新) 1 口腔機能の発達不全を有する18歳未満の患者の場合 50点  
(月2回に限り)
- (新) 2 口腔機能の低下を来している患者の場合 50点  
(月2回に限り)

改定前	
小児口腔機能管理料	100点 (月1回)
口腔機能管理料	100点 (月1回)



改定後	
管理料 60点 + 口腔強加算 50点 =	110点
+ 歯リハ3 50点 (月2回)	
= 160点 or 210点 (月)	

### 口唇閉鎖力（令和2年3月改定時に追記）

- 標準値を超えるまで口唇トレーニングを行い、口唇閉鎖力の増強・維持が確認できたら口唇トレーニングを終了する。
- 口唇閉鎖の訓練は、受動的訓練として手指で口唇周囲をつまむ、つまんで押し上げたり、下げたりするなど、**口輪筋の走行に対し垂直・水平方向へ筋肉を他動的に伸展・収縮させる。**

### 咀嚼機能

ステージ4以降、

- 咀嚼時の口唇閉鎖不全がある場合は、口頭での指示を行い**口腔周囲筋の訓練**を行う。
- 咀嚼時の舌運動不全がある場合は、**口腔筋機能療法（MFT）**を行う。

### 嚥下機能

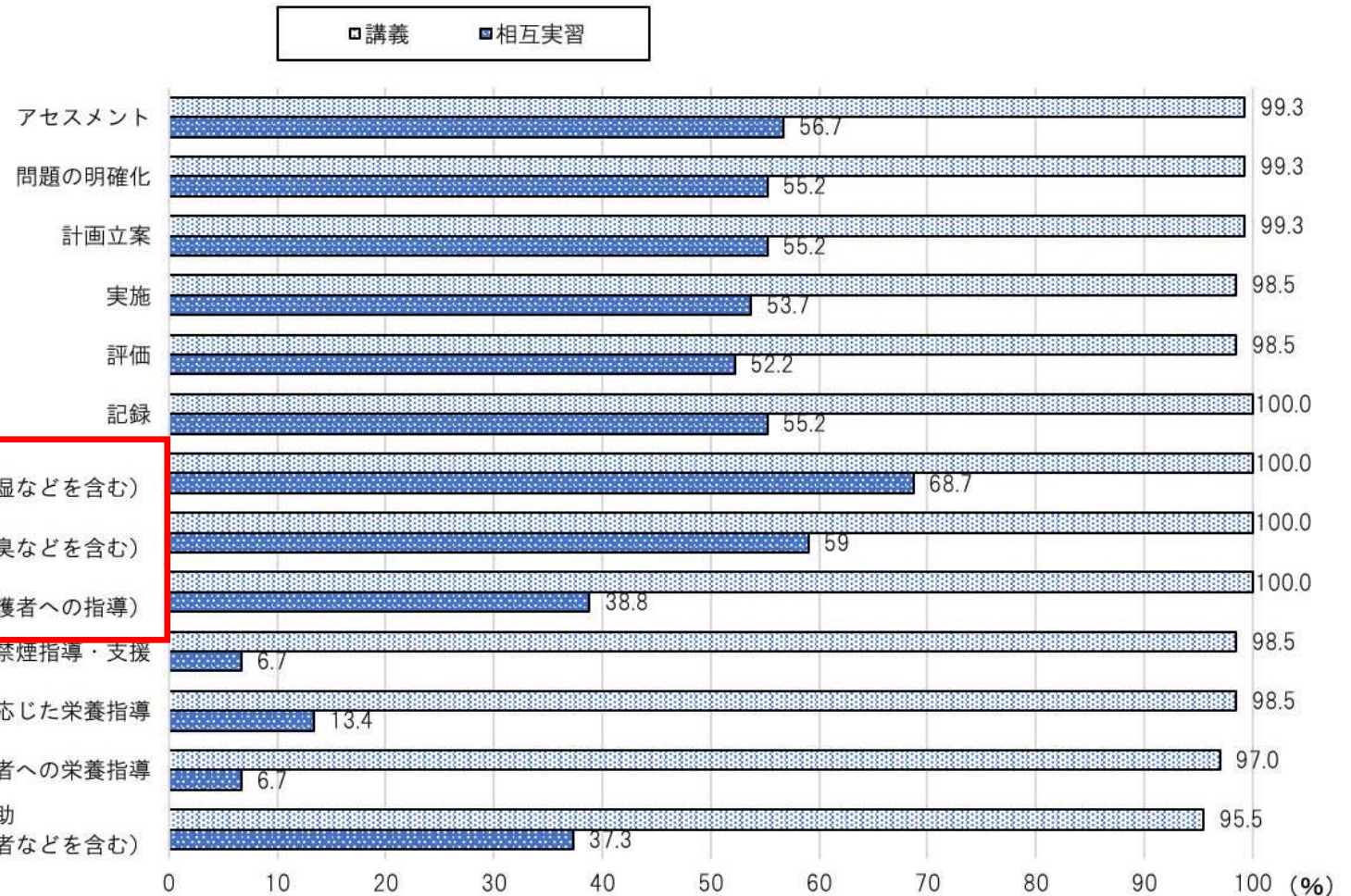
- ステージ2以降を対象として、摂取している食品を用いて成人嚥下を獲得するための**嚥下訓練**を行う。

### 構音訓練

- 吸指癖・舌突出癖などの習癖が認められた場合は、**筋機能訓練などの習癖除去法を指導**する。

症状	状態
栄養状態	摂取可能食品、接種食品の多様性の評価・指導 食事内容や食形態の評価・指導 お食事手帳や食事記録アプリを活用した食事指導
口腔衛生状態不良	舌ブラシを用いた舌の清掃指導
口腔乾燥	唾液腺マッサージ 口腔体操 含嗽・口腔保湿剤の指導
口唇の運動機能の低下	「パ」の繰り返し発音訓練 口唇の運動訓練（口角牽引、口唇突出など） 吹き戻し（ピロピロ笛）を用いた訓練 無意味音音節連鎖訓練
口唇の筋力の低下	抵抗訓練（りっふるトレーナー（松風）・ボタンプル訓練など） 頬のふくらまし訓練
舌の運動機能の低下	可動域訓練 舌の運動訓練（前方や左右への突出運動など） 構音訓練 無意味音音節連鎖訓練 早口言葉 「タ」、「カ」の繰り返し発音訓練
舌の筋力の低下	抵抗訓練（ペコぱんだ（ジェイ・エム・エス）など） 舌圧測定器を用いた訓練
咬合力・咀嚼機能の低下	チューイングガムやグミゼリーなどを用いた咀嚼トレーニング 咀嚼回数の増加等の咀嚼指導 摂取食品多様性の増加の指導 歯ごたえのある食事の接種等の食事指導
嚥下機能の低下	嚥下体操 開口訓練 頭部挙上訓練 嚥下おでこ体操 嚥下の間接（食物を用いない）訓練 嚥下の直接（食物を用いる）訓練

## ＜歯科衛生課程等に関する教育の実施状況＞



ライフステージに応じた指導  
(生活習慣、歯磨き、歯間部清掃、舌・粘膜の清掃、保湿などを含む)  
口腔状態に応じた指導  
(う蝕、歯周病、不正咬合、義歯装着、口臭などを含む)  
配慮を要する者への指導  
(妊産婦、全身疾患を有する者、障害児者、要介護者への指導)

調査対象: 歯科衛生士養成機関179校(悉皆)  
調査手法: 郵送調査  
調査実施期間: 令和3年12月～令和4年1月

出典: 令和3年度厚生労働科学研究「歯科衛生士の業務内容の見直しに向けた研究」に基づき保険局医療課が作成

近年の歯科衛生士の教育課程では、単なるプラークの除去方法の指導のみでなく、口腔の状態や生活習慣などを踏まえた歯科保健指導の実施等について教育が行われている。



B001-2 歯科衛生実地指導料 1 80点 2 100点  
 (点数変更なし)

注3 口腔機能発達不全又は口腔機能低下を来している患者に対して、  
 主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が**実地指導と併せて口腔機能に係る指導を行った場合、  
 口腔機能指導加算 10点を加算**

文書に当該指導の内容を記載

主治の歯科医師は、歯科衛生士に行った口腔機能に係る指示  
 内容等の要点を診療録に記載

歯科口腔リハビリテーション料 3 で行う**指導・訓練の内容と重複する**  
 場合、口腔機能指導管理加算は算定不可。

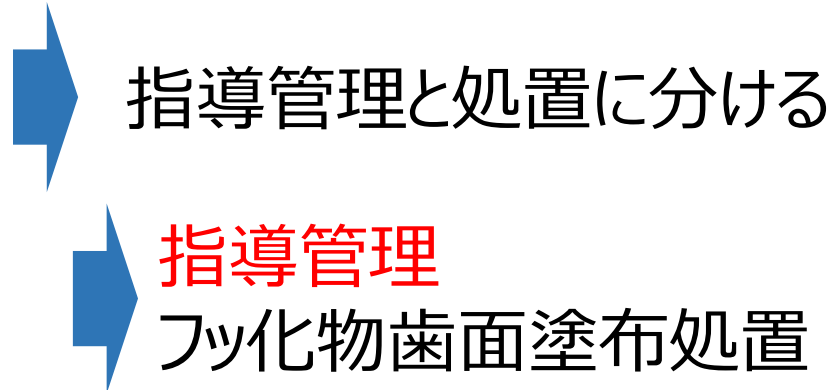
文書提供は3月に1回 ➡ **6月に1回へ変更**

要 施設基準

## 口腔管理体制強化加算（口管強）

ライフステージに応じた口腔機能管理の推進

う蝕の重症化予防



- (新) B000-12 根面う蝕管理料 30点 月1回に限り算定  
(新) B000-13 エナメル質初期う蝕管理料30点 月1回に限り算定

エナメル質初期う蝕管理加算を**廃止**

要 施設基準

口腔管理体制強化加算 48点 (口管強加算)

#### 根面う蝕管理料

注1 区分番号B000-4に掲げる**歯科疾患管理料**若しくは区分番号B002に掲げる**歯科特定疾患療養管理料**を算定した患者（65歳以上のものに限る。）又は区分番号C000に掲げる**歯科訪問診療料**を算定した患者であって、初期の根面う蝕に罹患しているものに対して、当該う蝕の評価に基づく管理計画を作成するとともに、その内容について説明を行い、非切削による当該う蝕の管理を行う場合に、**月1回に限り算定する。**

#### エナメル質初期う蝕管理料

注1 区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の注3に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関が当該管理を行う場合は、口腔管理体制強化加算として、48点を所定点数に加算する。

- ・患者等に対し、説明した内容の要点を診療録に記載
- ・同日にフッ化物歯面塗布又は機械的歯面清掃処置を行った場合は、それぞれ別途算定可能。

改定前			改定後	
1 う蝕多発傾向者の場合	110点		1 う蝕多発傾向者の場合	110点
2 初期の根面う蝕に罹患している患者の場合	110点	-30点	2 初期の根面う蝕に罹患している患者の場合	80点
3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合	130点	-30点	3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合	100点

注1 1については、区分番号B000-4に掲げる**歯科疾患管理料**、区分番号B002に掲げる**歯科特定疾患療養管理料**又は区分番号C000に掲げる**歯科訪問診療料**を算定したう蝕多発傾向者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回に限り算定する。

注2 2については、区分番号B000-12に掲げる**根面う蝕管理料**を算定した患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回に限り算定する。

注3 3については、区分番号B000-13に掲げる**エナメル質初期う蝕管理料**を算定した患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に月1回に限り算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置(**エナメル質初期う蝕管理料の注2に規定する加算を算定する患者に対して実施する場合を除く。**)の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回に限り算定する。

## 通知

- (1) 1に規定するう蝕多発傾向者とは、B000-4に掲げる歯科疾患管理料の(10)に掲げる判定基準を満たすものをいい、B000-4に掲げる歯科疾患管理料又はB002に掲げる歯科特定疾患療養管理料（当該管理料の「注1」に規定する治療計画にフッ化物歯面塗布処置を行うに当たって必要な管理計画が含まれている場合に限る。）又はC000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者に対して算定する。なお、歯科疾患管理料の(11)についても準用する。
- (2) 「2 初期の根面う蝕に罹患している患者の場合」は、B000-12に掲げる根面う蝕管理料を算定している患者に対して、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に算定する。
- (3) 「3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合」は、B000-13に掲げるエナメル質初期う蝕管理料を算定している患者に対して、当該病変部位の口腔内カラー写真の撮影を行い、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に算定する。撮影した口腔内カラー写真は、診療録に添付又はデジタル撮影した画像を電子媒体に保存して管理する。なお、写真撮影に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できない。また、2回目以降に「3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合」を算定する場合において、光学式う蝕検出装置を用いてエナメル質初期う蝕の部位の測定を行った場合は、口腔内カラー写真撮影に代えて差し支えない。この場合において、使用した光学式う蝕検出装置の名称と当該部位の測定値を診療録に記載又は添付する。

改定前	改定後	要 施設基準
<p>【か強診】 (廃止)</p> <p>エナメル質初期う蝕 管理加算 260点 (月1回)</p>	<p>【<b>口管強</b>】 250点 (-10点)</p> <p>初期う蝕F局 100点</p> <p>エナメル質初期管理料 30点</p> <p>歯清 72点</p> <p><b>口管強加算</b> 48点 (各月1回)</p>	

改定前	改定後	要 施設基準
<p>【か強診】 (182→0→72→110)</p> <p>根面う蝕F局 110点 (3月1回)</p> <p>歯清 72点 (2月1回)</p>	<p>【<b>口管強</b>】 (230→150→150→230)</p> <p>根面う蝕F局 80点 (3月1回)</p> <p>管理料 30点</p> <p>歯清 72点</p> <p><b>口管強加算</b> 48点 (各月1回)</p>	

口管強以外の場合でも、  
根面う蝕、エナメル質初期う蝕管理料の30点は、毎月算定可

## 【現行】

	口管強加算	口管強加算 以外	口管強の 増点分
歯科疾患管理料 長期加算	120点	100点	20点
歯周病安定期治療	120点	—	120点
歯科訪問診療料 歯科訪問診療移行加算	150点	100点	50点
歯科訪問診療料 歯科訪問診療補助加算	115点	90点	25点
在宅患者訪問口腔リハビリテー ション指導管理料	75点	—	75点
小児在宅患者訪問口腔リハビ リテーション指導管理料	75点	—	75点

## 【廃止】

歯科疾患管理料 エナメル質初期う蝕管理加算	260点	—	—
--------------------------	------	---	---

## 【令和6年度改定新設】

	口管強 加算	関連項目
小児口腔機能 管理料	50点	本体：60点、歯リハ3：50点 ※歯リハ3は月2回算定可能
口腔機能管理料	50点	本体：60点、歯リハ3：50点 ※歯リハ3は月2回算定可能
エナメル質初期う蝕 管理料	48点	本体：30点 フッ化物歯面塗布処置：100点 機械的歯面清掃：72点
根面う蝕管理料	48点	本体：30点 フッ化物歯面塗布処置：80点 機械的歯面清掃：72点
機械的歯面清掃処置 歯周病重症化予防		算定間隔の要件緩和



歯科外来診療環境体制加算の施設基準を満たせない要件は、「患者にとって安心して安全な歯科医療を行うための装置・器具等を有している」が31.2%で最も多く、次いで「歯科医師が複数名配置、または歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ1名以上配置されている」が25.1%であった。



- 施設基準には、感染対策と医療安全の要素が含まれている

### 医療安全に関する事項

- 偶発症に対する緊急時の対応、医療事故対策等の医療安全対策に係る研修を修了した常勤の歯科医師を1名以上配置
- 患者にとって安心で安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次の十分な装置・器具等を有し、**自動体外式除細動器（AED）**を保有していることがわかる院内掲示
- 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制を確保
- 見やすい場所に、歯科診療に係る医療安全管理対策を実施している旨の院内掲示
- （歯科外来診療環境体制加算2のみ） 歯科外来診療において発生した**医療事故、インシデント等を報告・分析し、その改善を実施する体制を整備**

### 感染対策に関する事項

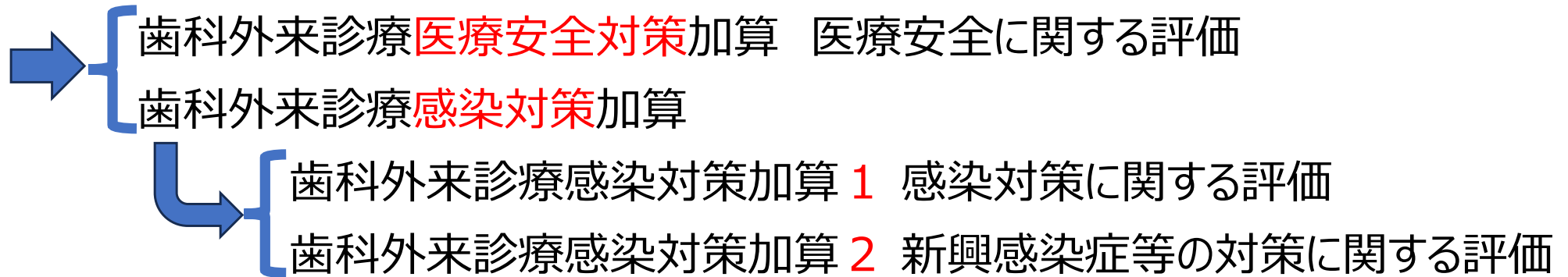
- 歯科点数表の初診料の注1に係る施設基準の届出
- 歯科用吸引装置**等により、歯科ユニット毎に歯牙の切削時等に飛散する細かな物質を吸収できる環境を確保

新たな感染対策・装置器具等の設備・人的配置

# 歯科外来診療環境体制加算 1 (外来環)

歯科初診料

歯科外来診療環境体制加算 **廃止**



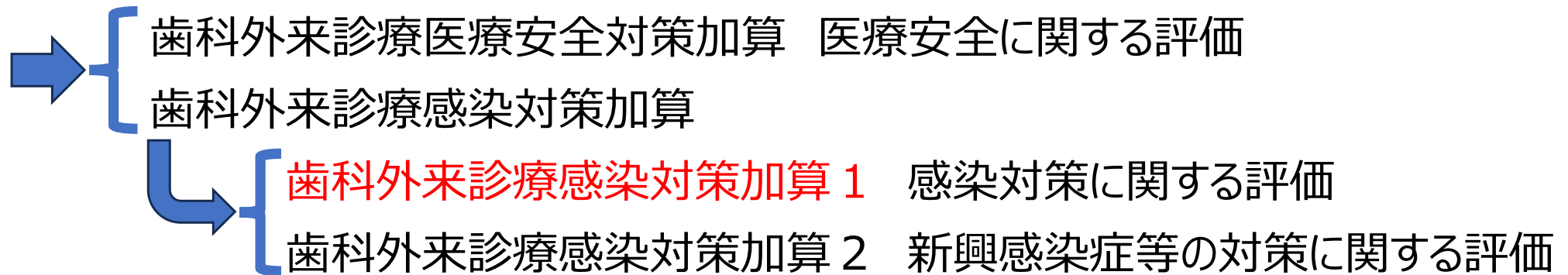
歯科外来診療**感染対策加算 1** 感染対策に関する評価  
= **従来**の対応

歯科外来診療**感染対策加算 2** **新興感染症等の対策に関する評価**  
= **新感染症の発生・まん延時に、新型インフルエンザ等感染症等の患者に対して歯科外来診療が可能な体制を確保していること。**  
**新型インフルエンザ等発生・まん延時の事業継続計画を策定していること。**

# 歯科外来診療環境体制加算 1 (外来環)

歯科初診料

## 歯科外来診療環境体制加算 廃止



### 要 施設基準

歯科医師が複数名配置されていること又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ1名以上配置されていること



### 歯科外来診療感染対策加算 1

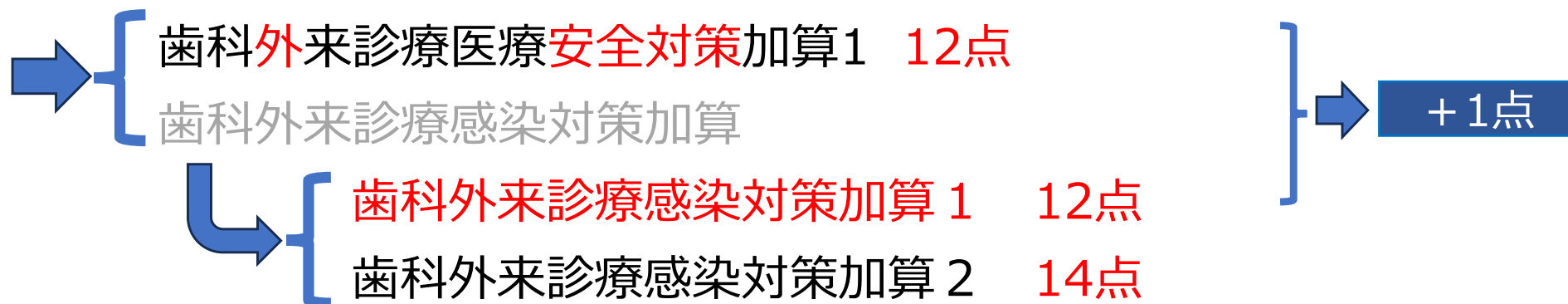
歯科医師が複数名配置されていること、又は歯科医師が1名以上配置されており、かつ、  
 歯科衛生士若しくは院内感染防止対策に係る研修を受けた者が1名以上配置されていること。

# 歯科外来診療環境体制加算 1 (外来環)

歯科初診料

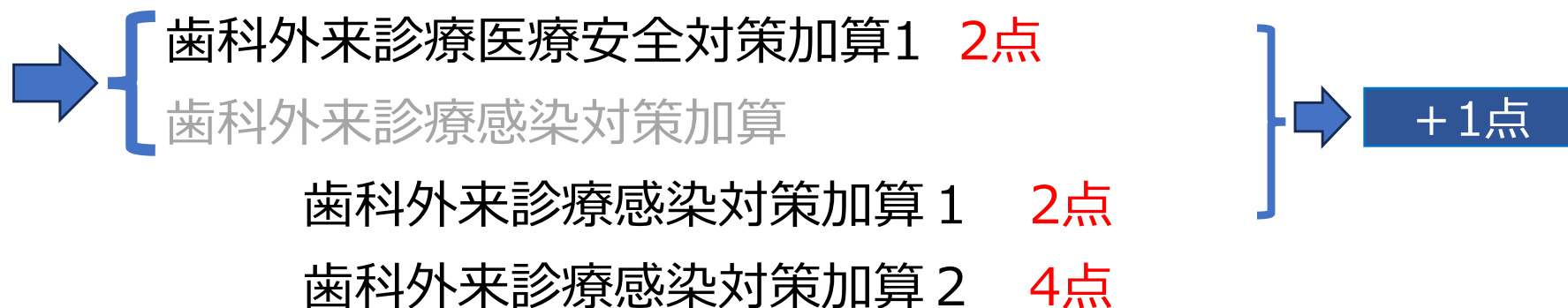
## 初診料

歯科外来診療環境体制加算 23点



## 再診料

歯科外来診療環境体制加算 3点

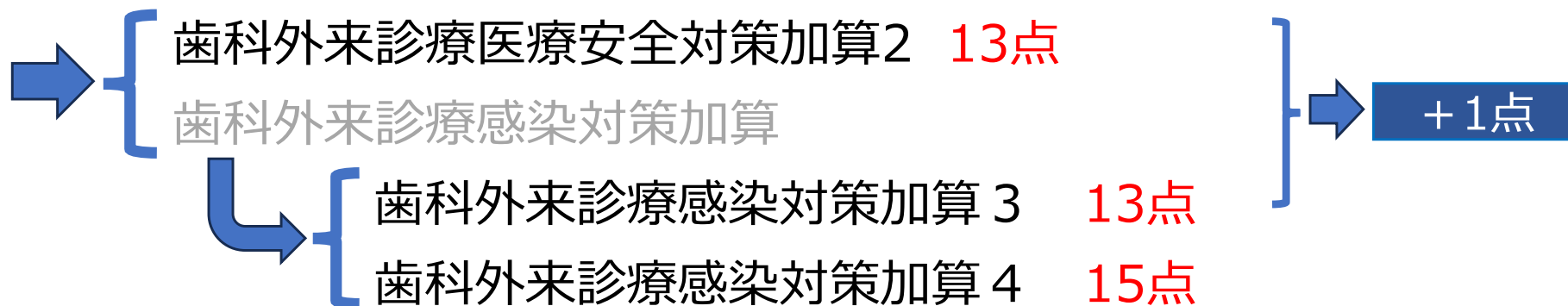


# 歯科外来診療環境体制加算 2 (外来環)

地域歯科診療支援病院歯科初診料

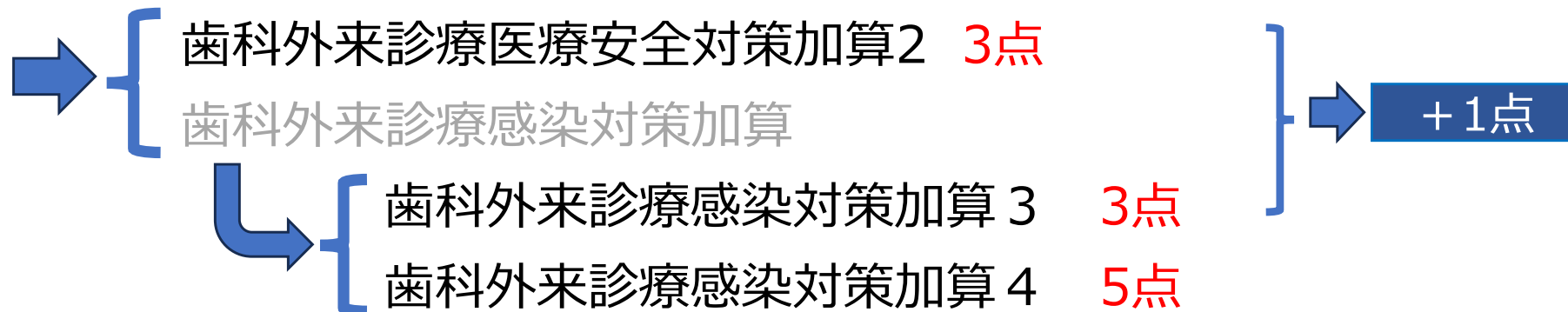
## 初診料

歯科外来診療環境体制加算 25点



## 再診料

歯科外来診療環境体制加算 5点



改定前			
1 歯科初診料	264点	+	歯科外来診療環境体制加算1 +23点
2 地域歯科診療支援病院 歯科初診料	288点	+	歯科外来診療環境体制加算2 +25点

改定後		要 施設基準	
1 歯科初診料	267点	+	医療安全の体制整備に係る取組 歯科外来診療医療安全対策加算1 (歯科初診料) +12点
2 地域歯科診療支援病院 歯科初診料	291点	+	歯科外来診療医療安全対策加算2 (地域歯科診療支援病院歯科初診料) +13点
感染対策等の体制整備			
1 歯科初診料	267点	+	歯科外来診療感染対策加算1 (歯科初診料) +12点 又は 歯科外来診療感染対策加算2 (歯科初診料) +14点
2 地域歯科診療支援病院 歯科初診料	291点	+	歯科外来診療感染対策加算3 (歯科初診料) +13点 又は 歯科外来診療感染対策加算4 (歯科初診料) +15点

改定前			
1 歯科再診料	56点	+	歯科外来診療環境体制加算1 +3点
2 地域歯科診療支援病院 歯科初診料	73点	+	歯科外来診療環境体制加算2 +5点

改定後		要 施設基準	
<b>医療安全の体制整備に係る取組</b>			
1 歯科再診料	58点	+	歯科外来診療医療安全対策加算1 (歯科再診料) +2点
2 地域歯科診療支援病院 歯科再診料	75点	+	歯科外来診療医療安全対策加算2 (地域歯科診療支援病院歯科再診料) +3点
<b>感染対策等の体制整備</b>			
1 歯科再診料	58点	+	歯科外来診療感染対策加算1 (歯科再診料) +2点 又は 歯科外来診療感染対策加算2 (歯科再診料) +4点
2 地域歯科診療支援病院 歯科再診料	75点	+	歯科外来診療感染対策加算3 (歯科再診料) +3点 又は 歯科外来診療感染対策加算4 (歯科再診料) +5点



## 医療技術の評価（案）＜概要＞

項目	件数
1. 医療技術評価分科会における評価対象となる技術	774 件 新規技術 307 件 既存技術 467 件
① うち、学会等から医療技術評価分科会に提案のあった技術※ <sup>1</sup>	745 件
② うち、先進医療として実施されている技術※ <sup>2</sup>	31 件
③ うち、保険医療材料等専門組織において審議を行った技術※ <sup>3</sup>	4 件
④ うち、①及び②に該当する技術	6 件
(1) 診療報酬改定において対応する優先度が高い技術	177 件 新規技術 56 件 既存技術 121 件
① うち、学会等から医療技術評価分科会に提案のあった技術※ <sup>1</sup>	174 件
② うち、先進医療として実施されている技術※ <sup>2</sup>	5 件
③ うち、保険医療材料等専門組織において審議を行った技術※ <sup>3</sup>	2 件
④ うち、①及び②に該当する技術	4 件
(2) 医療技術評価分科会としては、今回改定では対応を行わない技術	597 件 新規技術 250 件 既存技術 347 件
① うち、学会等から医療技術評価分科会に提案のあった技術※ <sup>1</sup>	571 件
② うち、先進医療として実施されている技術※ <sup>2</sup>	26 件
③ うち、保険医療材料等専門組織において審議を行った技術※ <sup>3</sup>	2 件
④ うち、①及び②に該当する技術	2 件
2. 医療技術評価分科会における評価の対象とならない提案※ <sup>4</sup> 又は中央社会保険医療協議会総会において一部若しくは全部が議論※ <sup>5</sup> された提案	116 件

歯科は提出総数104件、  
うち27件が優先度の高い技術  
として評価された

# 令和6年度診療報酬改定に向けた医療技術の評価 (評価の対象となる歯科の27項目)

	未/ 既	技術名	主の申請学会	共同提案学会
1	既	広範囲顎骨支持型装置埋入手術・適応イ	日本顎顔面インプラント学会	
2	既	広範囲顎骨支持型装置埋入手術・適応二	日本顎顔面インプラント学会	
3	既	広範囲顎骨支持型補綴	日本顎顔面インプラント学会	
4	既	広範囲顎骨支持型装置における歯科疾患管理料等	日本顎顔面インプラント学会	
5	既	歯科口腔リハビリテーション料 1 項目 2 (算定制限の見直し)	日本顎顔面補綴学会	日本補綴歯科医学会 日本顎口腔機能学会
6	既	顎変形症患者を対象とした咀嚼能力検査	日本顎変形症学会	日本口腔外科学会 日本矯正歯科学会
7	既	厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常に係る 適応症の拡大	日本矯正歯科学会	
8	未	通信情報機器を用いた歯科オンライン連携診療	日本口腔外科学会	日本口腔腫瘍学会 日本口腔外科学会
9	既	口腔細菌定量検査	日本口腔リハビリテーション学会	日本老年歯科医学会
10	既	歯周病安定期治療(2月1回算定)に対する糖尿病患者の 治療間隔短縮症例(毎月算定)への位置づけ明確化	日本歯科医療管理学会	
11	既	歯科部分パノラマ断層撮影	日本歯科放射線学会	
12	未	CAD/CAMインレー修復に対する光学印象法	日本歯科保存学会	日本補綴歯科学会 日本レーザー歯学会
13	既	重度要介護高齢者等に対する充填処置加算	日本歯科保存学会	日本老年歯科医学会

# 令和6年度診療報酬改定に向けた医療技術の評価 (評価の対象となる歯科の27項目)

	未/ 既	技術名	主の申請学会	共同提案学会
14	未	結合組織移植術	日本歯周病学会	日本臨床歯周病学会
15	既	NiTiロータリーファイルによる根管形成加算の 施設基準の見直し	日本歯内療法学会	日本歯科保存学会
16	未	超重症児等在宅歯科医療管理加算	日本障害者歯科学会	
17	未	障害児における幼保・学校への情報提供料	日本障害者歯科学会	
18	既	咬傷防止装置（口腔内装置3）の 調整料・修理料の算定	日本障害者歯科学会	
19	既	小児の舌圧検査	日本小児歯科学会	
20	既	小児保隙装置	日本小児歯科学会	
21	既	エナメル質初期う蝕管理加算 (小児かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所)	日本小児歯科学会	
22	未	接着カンチレバー装置	日本補綴歯科学会	日本接着歯学会
23	既	顎堤吸収が高度に進行した下顎総義歯の仮床製作のための フレンジテクニック	日本補綴歯科学会	
24	既	大臼歯CAD/CAM冠（エンドクラウン）	日本補綴歯科学会	
25	既	ブリッジの支台装置としての第二小臼歯レジン前装冠	日本補綴歯科学会	
26	既	口腔機能低下症における口腔衛生状態不良の検査	日本老年歯科医学会	
27	既	総合医療管理加算（歯科疾患管理料）対象疾患の追加 (筋萎縮性側索硬化症)	日本老年歯科医学会	

## 医療技術評価提案書（保険未収載技術用）

提案される医療技術名		CAD/CAMインレー修復に対する光学印象法
医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		一部光学印象法はCAD/CAM装置の一体型あるいは分離型であっても模型あるいは直接口腔内でCAD装置を用いて行うことができるシステムを用いて行うため、すでに全部冠と同様にインレーに対しても応用できるシステムである。 難易度としては、装置に扱いに熟練する必要があること、装置が高価であることであろう。
希望する 診療報酬上の 取扱い	妥当と思われる 診療報酬の区分	M（歯科修復及び欠損補綴）
	点数	90点（1歯につき）

# 光学印象（1歯につき） 100点（医技評） **新設** **要 施設基準**

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分M015-3に掲げるCAD/CAMインレーを製作する場合であって、デジタル印象採得装置を用いて、印象採得及び咬合採得を行った場合に算定する。

直接法により

注2 区分番号M003に掲げる印象採得、M003-3に掲げる咬合印象及びM006に掲げる咬合採得は別に算定できない。

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号M015-3に掲げるCAD/CAMインレーを製作することを目的として、光学印象を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で口腔内の確認等を行い、当該修復物の製作に活用した場合には、光学印象歯科技工士連携加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、同時に2以上のCAD/CAMインレーの製作を目的とした光学印象を行った場合であっても、光学印象歯科技工士連携加算は1回として算定する。



新設

要 施設基準

## 通知

- (1) 光学印象は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、CAD/CAMインレーを製作するに当たって、デジタル印象採得装置を用いて、直接法により印象採得及び咬合採得を行った場合に、製作物ごとに算定する。なお、M003に掲げる印象採得、M003-3に掲げる咬合印象及びM006に掲げる咬合採得は別に算定できない。
- (2) 光学印象により取得したデータの取扱いについては、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守すること。
- (3) 「注3」に規定する光学印象歯科技工士連携加算は、当該加算に係る施設基準に適合するものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、光学印象を行う際に、歯科医師が歯科技工士とともに対面で咬合関係の確認や口腔内の確認等を行った場合に算定する。なお、当該加算の算定に当たっては、確認内容及び当該歯科技工士が所属する歯科技工所の名称（当該保険医療機関の歯科技工士以外が行う場合に限る。）を診療録に記載する。
- (4) 「注3」に規定する光学印象歯科技工士連携加算について、複数のCAD/CAMインレーの製作に当たって、同日に光学印象を実施した場合も1回に限り算定する。

## 施設基準

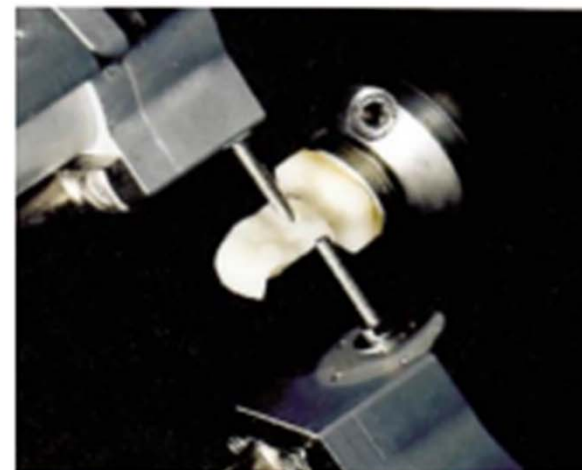
- (1) 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 当該療養を行うにつき十分な機器を有していること。

新設

要 施設基準

## 歯冠形成

注10 CAD/CAMインレーの高洞形成による加算 150点（新設）



参考：金属歯冠修復  
（インレー）

CAD/CAMインレー

出典) 保存修復学 第6版 (医歯薬出版株式会社)

- CAD/CAMインレー

う蝕歯インレー

修復形成 120点

CAD/CAMインレー

修復加算 150点

光学印象 100点

光学印象歯科技工士

連携加算 50点

装着料 45点

内面処理加算 45点

接着材料 1 17点

---

537点

- メタルインレー

う蝕歯インレー

修復形成 120点

連合印象 64点

咬合採得 18点

装着料 45点

接着材料 1 17点

---

264点

修復物を除いた単価は、537点とメタルインレー264点の倍以上ある



**要 施設基準**

## 通知

(2) CAD/CAMインレーは以下のいずれかに該当する場合に算定する。

イ 小臼歯に使用する場合

ロ 第一大臼歯又は第二大臼歯に使用する場合

(当該CAD/CAMインレーを装着する部位の対側に大臼歯による咬合支持（固定性ブリッジによる咬合支持を含む。以下、大臼歯による咬合支持という。）がある患者であって、以下のいずれかに該当する場合に限る。)

- ① 当該CAD/CAMインレーを装着する部位と同側に大臼歯による咬合支持があり当該補綴部位に過度な咬合圧が加わらない場合等
- ② 当該CAD/CAMインレーを装着する部位の同側に大臼歯による咬合支持がない場合は、当該補綴部位の対合歯が欠損（部分床義歯を装着している場合を含む。）であり、当該補綴部位の近心側隣在歯までの咬合支持（固定性ブリッジ又は乳歯（後継永久歯が先天性に欠如している乳歯を含む。）による咬合支持を含む。）がある場合

(3) CAD/CAMインレーを装着する場合は、次により算定する。

イ 窩洞形成を行った場合は、区分番号M001-3に掲げるう蝕歯インレー修復形成の場合を除き、1歯につき区分番号M001に掲げる歯冠形成の「3のロ 複雑なもの」を算定する。なお、窩洞形成を行うに当たって、区分番号M001に掲げる歯冠形成の「3のロ 複雑なもの」又は区分番号M001-3に掲げるう蝕歯インレー修復形成を算定した場合は、区分番号M001に掲げる「注10」又は区分番号M001-3に掲げる「注1」の加算をそれぞれ算定する。

## 第一大臼歯又は第二大臼歯にCAD/CAM冠用材料（Ⅲ）を使用する場合 （要件緩和）

通知

**要 施設基準**

(2) 「1 2以外の場合」は以下のいずれかに該当する場合に算定する。

イ 前歯又は小臼歯に使用する場合

ロ 第一大臼歯又は第二大臼歯にCAD/CAM冠用材料（Ⅲ）を使用する場合

（当該CAD/CAM冠を装着する部位の対側に大臼歯による咬合支持（固定性ブリッジによる咬合支持を含む。以下、大臼歯による咬合支持という。）がある患者であって、以下のいずれかに該当する場合に限る。）

① 当該CAD/CAM冠を装着する部位と同側に大臼歯による咬合支持があり、当該補綴部位に過度な咬合圧が加わらない場合等

② 当該CAD/CAM冠を装着する部位の同側に大臼歯による咬合支持がない場合は、当該補綴部位の対合歯が欠損（部分床義歯を装着している場合を含む。）であり、当該補綴部位の近心側隣在歯までの咬合支持（固定性ブリッジ又は乳歯（後継永久歯が先天性に欠如している乳歯を含む。）による咬合支持を含む。）

(6) 分割抜歯後のCAD/CAM冠(CAD/CAM冠用材料(V)を使用する場合を除く。)の製作については、上顎の第1大臼歯又は第2大臼歯を3根のうち2根(口蓋根及び近心頬側根又は遠心頬側根のいずれか)を残して分割抜歯をした場合であって、残った歯冠、歯根の状態が歯科医学的に適切な場合に限り認められる。なお、下顎大臼歯を分割抜歯した場合は認められない。

(7) 特定保険医療材料料は別に算定する。なお、(5)及び(6)のロについては、CAD/CAM冠用材料(Ⅲ)1歯分として算定する。

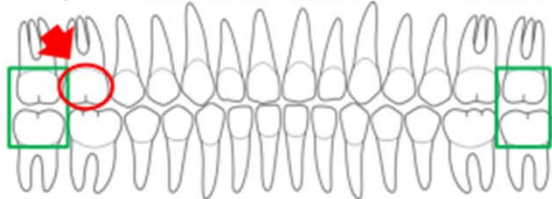
## 第一大臼歯又は第二大臼歯にCAD/CAM冠用材料 (Ⅲ) を使用する場合 (要件緩和)

※ (CAD/CAM冠用材料 (V) によるもの)

### 現行

◆ 上下顎両側の第二大臼歯がすべて残存し、左右の咬合支持がある場合  
(左上第一大臼歯にCAD/CAM冠を装着する場合の例)

【例1】 両側第二大臼歯咬合支持あり、  
CAD/CAM冠装着部位：左側下顎第一大臼歯と咬合



【例2】 両側第二大臼歯咬合支持あり、  
CAD/CAM冠装着部位：左側下顎第一大臼歯ポンティックと咬合



- : 第二大臼歯による咬合支持
- : CAD/CAM冠装着部位
- : 大臼歯による咬合支持
- : 装着部位の近心側隣在歯 (小臼歯) までの咬合支持



### 改定後

◆ CAD/CAM冠を装着する部位の反対側に大臼歯による咬合支持 (固定性ブリッジによるものを含む。) があり、次の①又は②を満たす場合  
① CAD/CAM冠を装着する部位と同側に大臼歯による咬合支持がある場合  
(左上第二大臼歯にCAD/CAM冠を装着する場合の例)

【例3】 CAD/CAM冠装着部位の反対側に第二大臼歯咬合支持あり



【例4】 CAD/CAM冠装着部位の反対側に第一大臼歯咬合支持あり



【例5】 CAD/CAM冠装着部位の同側、反対側とも固定性ブリッジで咬合支持あり



② CAD/CAM冠を装着する部位の近心側隣在歯までの咬合支持があり、対合歯が欠損又は部分床義歯の場合 (左上第一大臼歯にCAD/CAM冠を装着する場合の例)

【例6】 CAD/CAM冠装着部位の近心隣在歯 (小臼歯) で咬合あり



【例7】 CAD/CAM冠装着部位の近心隣在歯 (小臼歯) まで固定性ブリッジによる咬合あり



**要 施設基準**

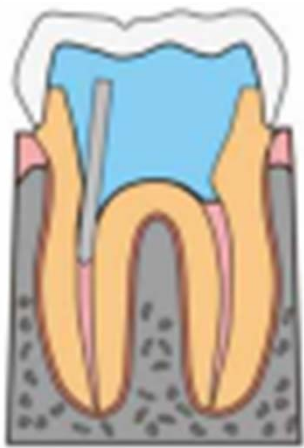
改定前	
1 CAD/CAM冠	1,200点

改定後	
1 2以外の場合	1,200点
2 エンドクラウンの場合	<b>1,450点</b>

**新設**

エンドクラウンは、医技評からの提案

従来のクラウン



エンドクラウン



<エンドクラウンの装着 (上顎右側7番)>  
(出典: 日本歯技: 第649号2023年(令和5年)7月)



<作業用模型・エンドクラウン (下顎左側7番頬側面)>

エンドクラウンは、ポストを必要とせず、髄腔に保持力を求める補綴装置

- 注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット(歯科用CAD/CAM装置)を用いて、歯冠補綴物(エンドクラウンを除く。)を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。
- 注2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット(歯科用CAD/CAM装置)を用いて、エンドクラウンを設計・製作し、装着した場合に限り算定する。
- 注3 2については、区分番号M002に掲げる支台築造及び区分番号M002-2に掲げる支台築造印象は、所定点数に含まれ別に算定できない。

#### 通知

- (3)「2 エンドクラウンの場合」は CAD/CAM 冠用材料(Ⅲ)を大白歯に使用する場合に算定する。

## 松風ブロックPEEK

区分C1（新機能） 令和5年12月1日 保険収載

機能区分：CAD/CAM 冠用材料（V）

算定留意事項（一部抜粋）

（2）CAD/CAM 冠用材料（Ⅲ）及び（V）は大白歯に使用した場合に限り算定できる。

---

算定留意事項【M005 装着】（一部抜粋）

（6）「注1」に規定する内面処理加算1は、CAD/CAM冠、CAD/CAMインレー又は高強度硬質レジンブリッジを装着する際に、歯質に対する接着力を向上させるために行うアルミナ・サンドブラスト処理及びプライマー処理等を行った場合に算定する。

（8）「注1」に規定する内面処理加算1又は「注2」に規定する内面処理加算2を算定する場合は、接着性レジンセメントを用いて装着すること。

色調・研磨等の課題等はあるが、  
適応範囲は、第一、第二、第三大白歯に拡大

本品



&lt;第二大臼歯に用いた例&gt;

令和6年1月26日

中医協資料

現在の機能区分	新設機能区分
歯科充填用材料Ⅰ (1) 複合レジン系 (2) グラスアイオノマー系 ①標準型 ②自動練和型  歯科用充填材料Ⅱ (1) 複合レジン系 (2) グラスアイオノマー系 ①標準型 ②自動練和型	歯科充填用材料Ⅰ (1) 複合レジン系 (2) グラスアイオノマー系 ①標準型 ②自動練和型  歯科用充填材料Ⅱ (1) 複合レジン系 (2) グラスアイオノマー系 ①標準型 ②自動練和型

049 歯科充填用材料Ⅰ

① 複合レジン系

次のいずれかに該当すること。

ア 充填用の**光重合型複合レジン**（硬化後フィラー60%以上のものに限る。）又は高分子系の初期う蝕小窩裂溝充填塞材であること。

イ **光重合型レジン強化グラスアイオノマー**であり、硬化機序が光重合、化学重合又は酸-塩基反応のうち主たるもの（以下「主たる硬化機序」という）が光重合であること。

各製品の構造や原理に基づき定義を明確化

令和6年1月26日

中医協資料

機能区分	新償還価格	現行償還価格	外国平均価格との比	R5年度材料価格調査での平均乖離率
歯科用合着・接着材料 I (1) レジン系 ②自動練和型	1,020円	461円	0.49	-77.08



改定前	
1 前歯	1,174点
2 小臼歯	1,174点

改定後	
1 前歯	
イ ブリッジの支台歯の場合	1,174点
ロ イ以外の場合	1,170点
2 小臼歯	1,100点

## 通知

(1) **レジン前装金属冠**とは、全部鋳造方式で製作された歯冠修復物の唇面又は頬面を硬質レジンで前装したものをいい、**前歯又はブリッジの支台歯となる小臼歯に限り認められる。**

(3) レジン前装金属冠を装着するに当たっては、次により算定する。

イ (略)

ロ ブリッジの支台歯として小臼歯の歯冠形成を行った場合は、1歯につき**生活歯**はM001に掲げる歯冠形成の「**1のイ 金属冠**」並びにM001に掲げる歯冠形成の「**注1**」及び「**注3**」の**加算点数**を、**失活歯**はM001に掲げる歯冠形成の「**2のイ 金属冠**」並びにM001に掲げる歯冠形成の「**注1**」及び「**注7**」の**加算点数**を算定する。なお、支台築造を行った場合は、M002に掲げる支台築造の「**1 間接法**」又は「**2 直接法**」及び保険医療材料料を算定する。

## 通知

(6)ブリッジは、次の適用による。

イブリッジの給付について

(ハ) 延長ブリッジは原則として認められないが、第二大臼歯欠損であって咬合状態及び支台歯の骨植状態を考慮し半歯程度のポンティックを行う場合はこの限りでない。

(ト) 隣接歯等の状況からやむをえず、支台歯1歯の接着ブリッジによる延長ブリッジを行う場合は、切歯（上顎中切歯を除く。）の1歯欠損症例において、支台歯を生活歯に求める場合に限り認められる。

《医療技術の概要》

・臨在歯1歯のみを支台歯としてカンチレバー型補綴装置を接着性レジンセメントにて装着する技術。

《対象疾患名》

・MT（上顎中切歯を除く切歯の1歯欠損症例で、かつ支台歯となる臨在歯が健全及び動揺が軽度の症例）

・年間7231人程度と推測。（R03.6社会医療診療行為別調査より）

《既存の治療法との比較》

・1歯のみの歯質削除で済み、支台歯の歯質はより多く保たれる。チェアタイムも短く、術者、患者双方の労力が少ない。金属量も少なく負担も少ない。

《有効性》

・リテーナーの脱離は装着の脱離であるため、二次う蝕リスクが少なく、再装着も可能で良好な予後が見込める。

《診療報酬上の希望取扱い》

・接着カンチレバー装置 4,957点

医技評からの提案

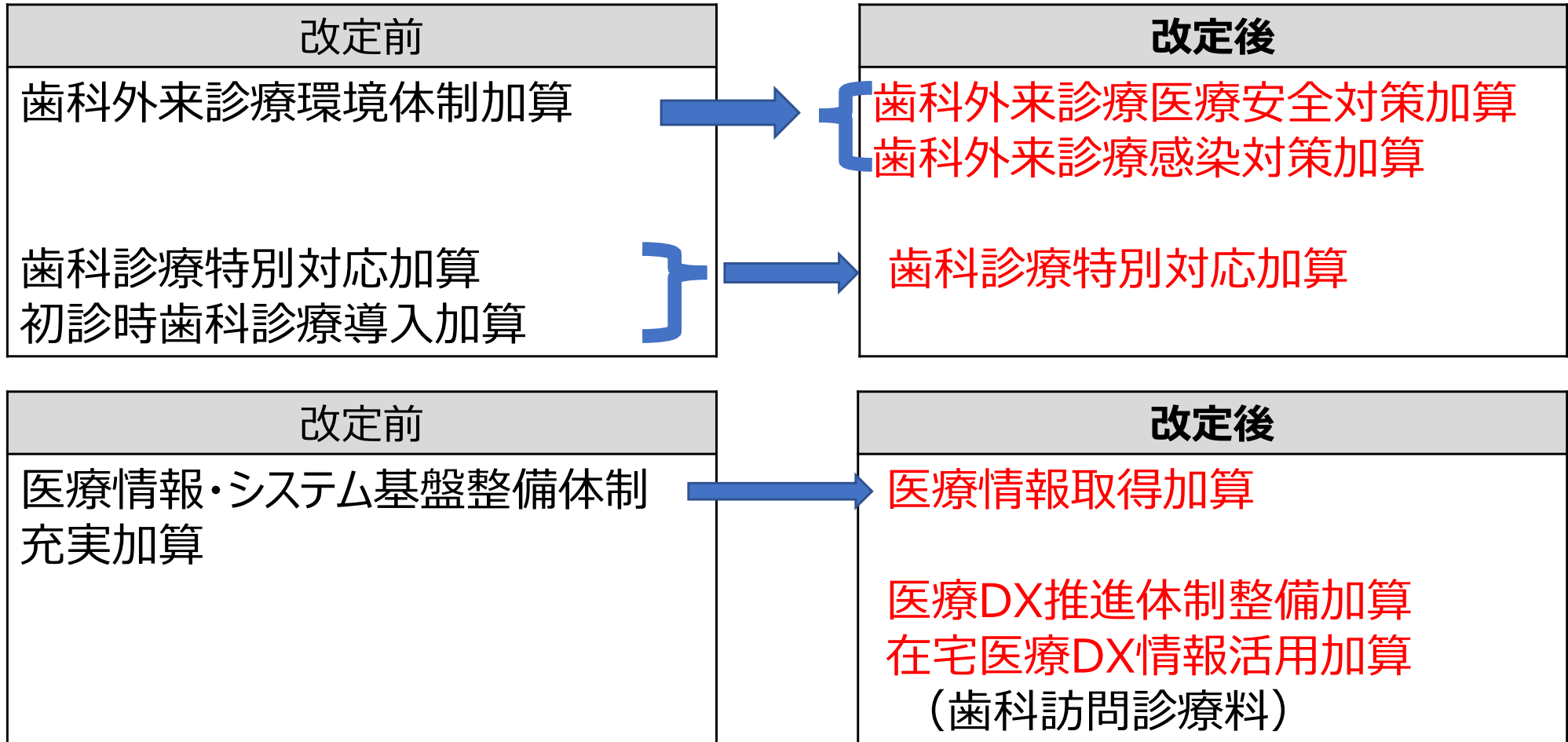


図2 本技術を用いた装置例



模式図

# 基本診療料



## 要 施設基準

## A000 歯科初診料

改定前		
1 歯科初診料 264点	+	歯科診療特別対応加算 +175点 初診時歯科診療導入加算 +250点
2 地域歯科診療支援病院 歯科初診料 288点		
改定後		
1 歯科初診料 <b>267点</b>	+	<b>歯科診療特別対応加算1 +175点</b> <b>歯科診療特別対応加算2 +250点</b> <b>歯科診療特別対応加算3 +500点</b>
2 地域歯科診療支援病院 歯科初診料 <b>291点</b>		
<b>1時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに +100点</b>		<b>新設</b>  <b>新設</b>

歯科診療特別対応加算は、  
 著しく歯科診療が困難な者（従来同様）に対し、  
 円滑に適応できるような技法を用いた場合と  
 新興感染症発生時に当該感染症に罹患した患者を診療した場合を整理した。

## 改定前

歯科診療特別対応加算 +175点  
 著しく歯科診療が困難な者  
 初診時歯科診療導入加算 +250点  
 歯科治療環境に円滑に適応できるような技法



## 改定後

**特1 + 175点** は 従来の「特」 人工呼吸器、気管切開、強度行動障害、感染症の患者追加

**特2 + 250点** は 従来の「特導」に加えて、  
 インフルエンザ  
 風しん  
 流行性耳下腺炎  
 新型コロナウイルス  
 等の **感染症の患者を個室等で診療を行った場合**

**特3 + 500点** は   
 新型インフルエンザ等感染症  
 指定感染症  
 新感染症  
 の患者に **感染対策を実施した上で診療を行った場合**

- 1、2については、当該加算を算定した日の患者の状態を診療録に記載
- 3については、当該患者の病名を診療録に記載

改定前	特別対応加算1	特別対応加算2	特別対応加算3
点数	<b>+175点</b>	<b>+250点</b>	<b>+500点</b>
要件等	著しく歯科診療が困難な患者	円滑な技法を用いた診療 または 個室、陰圧室での診療が 必要な患者の診療	新興感染症等の 発生時

(16)「注6」の「著しく歯科診療が困難な者」とは、次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態をいう。なお、歯科診療特別対応加算1又は2を算定した場合は、当該加算を算定した日の患者の状態（卜の場合は病名）を診療録に記載する。

- イ 脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態
- ロ 知的発達障害等により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態
- ハ 重症の**呼吸器疾患**等で頻繁に治療の中断が必要な状態
- ニ 日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態
- ホ **人工呼吸器を使用している状態又は気管切開等を行っており  
歯科治療に際して管理が必要な状態**
- ヘ **強度行動障害の状態であって、日常生活に支障を来すような  
症状・行動が頻繁に見られ、歯科治療に協力が得られない状態**

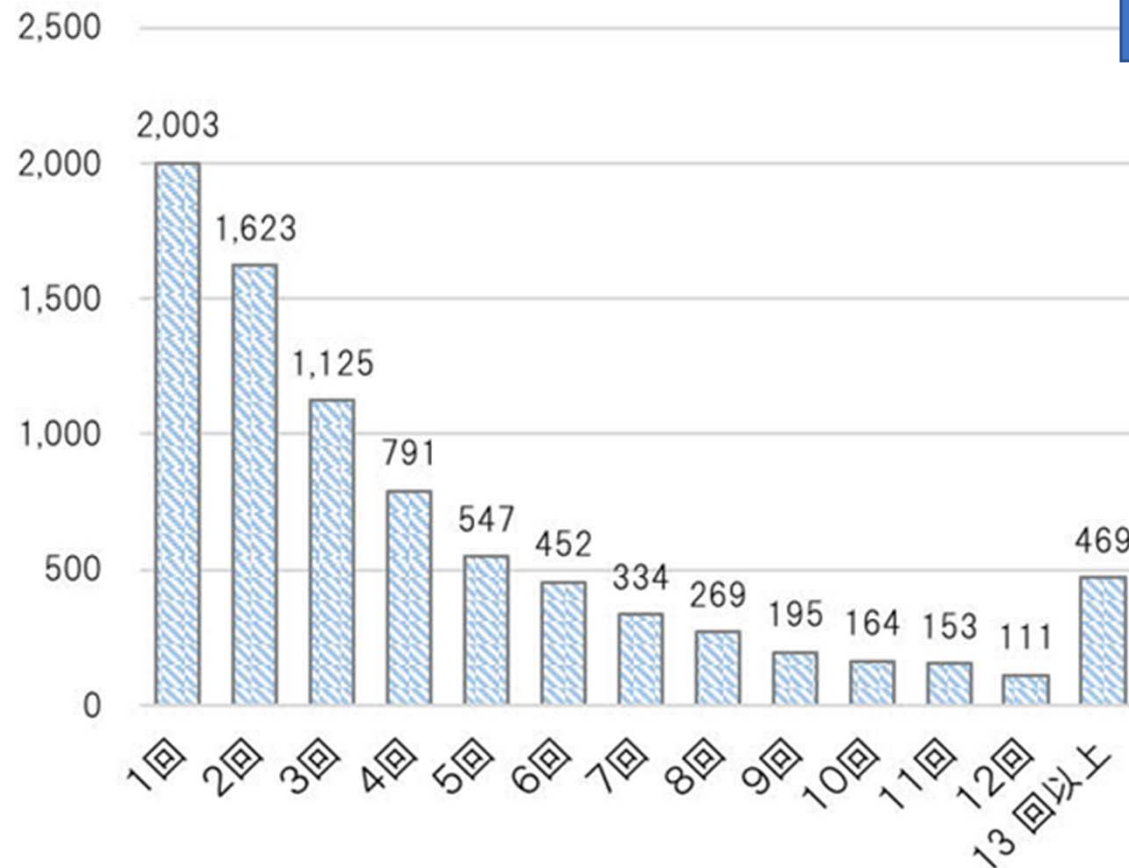
医療的ケア児  
強度行動障害

**ト 次に掲げる感染症の患者であって、標準予防策に加えて、空気感染対策、飛沫感染対策、接触感染対策など当該感染症の感染経路等の性質に応じて必要な感染対策を講じた上で歯科診療を行う必要があるもの**

- (ア) 狂犬病
- (イ) 鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）
- (ウ) エムポックス
- (エ) 重症熱性血小板減少症候群  
(病原体がフレボウイルス属 S F T S ウイルスであるものに限る。)
- (オ) 腎症候性出血熱
- (カ) ニパウイルス感染症
- (キ) ハンタウイルス肺症候群
- (ク) ヘンドラウイルス感染症
- (ケ) インフルエンザ  
(鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。)
- (コ) 後天性免疫不全症候群（ニューモシスチス肺炎に限る。)
- (サ) 麻しん
- (シ) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症
- (ス) R S ウイルス感染症
- (セ) カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症
- (ソ) 感染性胃腸炎（病原体がノロウイルスであるものに限る。)
- (タ) 急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。)
- (チ) 新型コロナウイルス感染症
- (ツ) 侵襲性髄膜炎菌感染症
- (テ) 水痘
- (ト) 先天性風しん症候群
- (ナ) バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症
- (ニ) バンコマイシン耐性腸球菌感染症
- (ヌ) 百日咳
- (ネ) 風しん
- (ノ) ペニシリン耐性肺炎球菌感染症
- (ハ) 無菌性髄膜炎  
(病原体がパルボウイルス B19 によるものに限る。)
- (ヒ) 薬剤耐性アシネトバクター感染症
- (フ) 薬剤耐性緑膿菌感染症
- (ヘ) 流行性耳下腺炎
- (ホ) 感染症法第 6 条第 3 項に規定する二類感染症

円滑な技法を用いた訪問診療も  
または感染症患者の訪問診療も  
特別対応加算<sup>2</sup>

# 初診時歯科導入加算を算定した患者に対する 1年以内の再診回数



再診時に、歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた評価  
特別対応加算2 250点



医療情報・システム基盤整備体制充実加算

→ **医療情報取得加算**に変更

【初診時（月1回）】

**要 施設基準**

マイナなし

医療情報・システム基盤整備体制充実加算1	+4点
医療情報・システム基盤整備体制充実加算2	+2点

マイナあり

マイナなし

**変更**

医療情報取得加算1	+3点
又は	
医療情報取得加算2	+1点

マイナあり

【再診時（3月に1回）】

再診時にも設定

マイナなし

**新設**

医療情報取得加算3	+2点
又は	
医療情報取得加算4	+1点

マイナあり

※ 本加算は保険証の廃止の令和6年12月に再編される可能性がある

**要 施設基準**

初診料（情報通信機器を用いた場合）	<b>233点</b>
再診料（情報通信機器を用いた場合）	<b>51点</b>

**新設**

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、特に**情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められる者**に対して、**情報通信機器を用いた初診を行った場合は、院内感染防止対策に関する届出の有無にかかわらず、歯科初（再）診料又は地域歯科診療支援病院歯科初（再）診料について、所定点数に代えて、233（51）点を算定する。**

**施設基準**

情報通信機器を用いた歯科診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

歯科疾患特別療養管理料の対象者のうち  
舌痛症（心因性によるものを含む）、三叉神経ニューロパチーの患者

オンライン診療時においても、  
小児口腔機能管理料 口腔機能管理料を算定可

A000

要 施設基準

歯科初診料・地域歯科診療支援病院歯科初診料の加算として **+6点**  
(月1回)

新設

※ 在宅医療 DX 情報活用加算は同一月において、別に算定不可

オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報を実際に診療に活用可能な体制を整備し、また、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入し、質の高い医療を提供するため医療DXに対応する体制を確保している場合の評価を新設する。

### 施設基準

- (1) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。
- (2) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- (3) オンライン資格確認等システムの活用により、患者の薬剤情報、特定健診情報等を診察室等において、医師等が閲覧及び活用できる体制を有していること。
- (4) 電子処方箋により処方箋を発行できる体制を有していること。
- (5) 電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制を有していること。
- (6) マイナ保険証の利用率が一定割合以上であること。
- (7) 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得・活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に**掲示**していること。
- (8) (7)の掲示事項について、原則として、**ウェブサイトに掲載**していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

要 施設基準

新設

## 経過措置

- (1) 令和7年3月31日までの間に限り、(4)の基準に該当するものとみなす。
- (2) 令和7年9月30日までの間に限り、(5)の基準に該当するものとみなす。
- (3) (6)の基準については、令和6年10月1日から適用する。
- (4) 令和7年5月31日までの間に限り、(8)の基準に該当するものとみなす。

電子カルテ共有サービスは、医科から開発され歯科は期限内に整備されない可能性があるが、経過措置期間中は、体制を整備しようとしていけばよい

マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績は、10月1日に示されるため、それまでは、条件なし、返還もなし  
体制整備を目指して行うが整備できなければ仕方がない。

C000 歯科訪問診療料の加算として **+8点 (月1回)****要 施設基準**

※ 医療情報取得加算、医療DX推進体制整備加算は同一月において、別に算定不可

**新設**

居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム、電子処方箋、電子カルテ情報共有サービスによるオンライン資格確認により、在宅医療における診療計画の作成において取得された患者の診療情報や薬剤情報を活用することで質の高い在宅医療を提供した場合について、新たな評価を行う

**施設基準**

- (1) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。
- (2) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- (3) 居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムの活用により、医師等が患者の診療情報等を取得及び活用できる体制を有していること。
- (4) 電子処方箋により処方箋を発行できる体制を有していること。
- (5) 電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制を有していること。
- (6) 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得・活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に**掲示**していること。
- (7) (6) の掲示事項について、原則として、**ウェブサイトに掲載**していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

**経過措置**

- (1) 令和7年3月31日までの間に限り、(3)の基準に該当するものとみなす。
- (2) 令和7年9月30日までの間に限り、(4)の基準に該当するものとみなす。
- (3) 令和7年5月31日までの間に限り、(6)の基準に該当するものとみなす。

特掲診療料

第1部 医学管理

## 通知

- (5) 「注1」に規定する管理計画について、口腔機能低下症又は口腔機能発達不全症の患者に対して口腔機能の回復若しくは維持・向上又は獲得を目的とした管理を行う場合は、口腔機能の検査の結果を踏まえた治療方針を含むものとする。

口腔機能低下症又は口腔機能発達不全症の疑い病名で  
検査算定可

注1 がん等に係る手術（歯科疾患に係る手術については、入院期間が2日を超えるものに限る。）  
集中治療室において治療を実施している患者も対象に追加

1泊2日の8 抜歯は不可、手術を行わない急性期脳梗塞患者等対象

注2 顎口腔機能診断料の算定患者に顎離断等の手術に係る注1に規定する管理計画を策定した場合には、100分の50に相当する点数で算定

注3 併算定不可項目に回復期等口腔機能管理計画策定料が追加

顎離断でもリスクが高ければ所定点数で算定可

通知（4）

「注2」について、全身麻酔による手術を行うにあたって、手術の外科的侵襲や薬剤投与等による免疫力低下により生じる病巣感染等のリスクが高いと考えられる全身疾患を有する患者については、所定点数により算定する。



周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）	1 手術前	280点
	2 手術後	190点

注1 がん等に係る手術（**歯科疾患に係る手術については、入院期間が2日を超えるものに限る。**）を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、当該手術を実施する他の病院である保険医療機関に入院中の患者又は他の病院である保険医療機関若しくは同一の病院である保険医療機関に入院中の患者以外の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は1回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して3月以内において3回に限り算定する。ただし、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注2に規定する場合に策定した管理計画に基づき、歯科医師が口腔機能の管理等を行う場合は、算定できない。

2 周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B000-11に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

周術期等口腔機能管理料（Ⅱ） 1 手術前 500点  
2 手術後 300点

注1 がん等に係る手術（**歯科疾患に係る手術については、入院期間が2日を超えるものに限る。**）を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している病院である保険医療機関において、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、当該手術を実施する同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、当該保険医療機関に属する歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は1回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して3月以内において、月2回に限り算定する。

注2 周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B000-11に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

## 放射線治療を実施する患者で、外来は周三・入院中は周四に分けられた

注1 **がん等に係る放射線治療、化学療法、集中治療室における治療又は緩和ケア（以下「放射線治療等」という。）を実施する患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、他の保険医療機関又は同一の保険医療機関に入院中の患者以外の患者であって、放射線治療等を実施するものに対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月1回に限り算定する。**

注2 区分番号B000-5に掲げる**周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から起算して6月を超えて、注1に規定する管理を行った場合は、長期管理加算として50点を所定点数に加算する。**

周三・IVへの長期管理加算の算定例										
5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	
初診料	周計が起点	6月を超えた月から					周三	+ 長期管理加算50点		

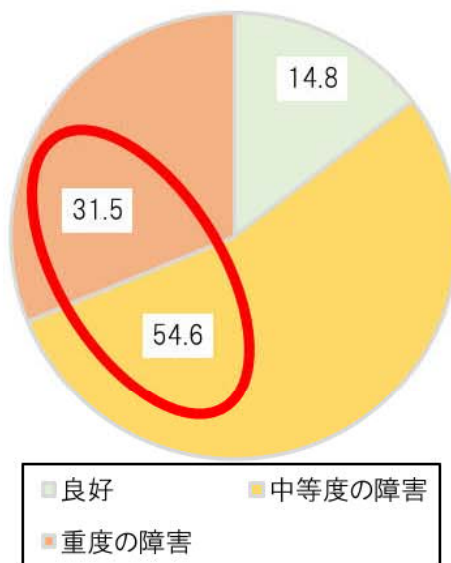
（今後の口腔管理に当たって特に注意すべき事項を患者等に説明した内容の要点を診療録に記載）

新設

- 注1 放射線治療等を実施する患者の口腔機能を管理するため、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、他の保険医療機関又は同一の保険医療機関に入院中の患者であって、放射線治療等を実施するものに対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から起算して3月以内においては月2回に限り、その他の月においては月1回に限り算定する。
- 注2 区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から起算して6月を超えて、注1に規定する管理を行った場合は、長期管理加算として50点を所定点数に加算する。
- 注3 周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B000-11に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

- 回復期リハビリテーション病棟入院の高齢患者の8割に、なんらかの口腔機能障害が認められ、そのうちの31.5%は重度の障害であった。
- 口腔機能障害の内容を見ると、歯・義歯の問題が最も多く（中等度46.7%、重度31.8%）、次いで舌の問題、歯肉の問題が多かった。

### ■ 回復期リハビリテーション病棟入院患者で口腔機能障害がある者の割合



※ROAGスコア9点以上：口腔機能障害あり

### ■ 口腔機能障害の項目別のスコア

項目	スコア1	スコア2	スコア3
	n(%)	n(%)	n(%)
声	83(77.6)	14(13.1)	10(9.3)
嚥下	86(80.4)	15(14.0)	6(5.6)
口唇	68(63.6)	36(33.6)	3(3.8)
歯・義歯	23(21.5)	50(46.7)	34(31.8)
粘膜	77(72.0)	24(22.4)	6(5.6)
歯肉	58(54.2)	45(42.1)	4(3.7)
舌	55(51.4)	48(44.9)	4(3.7)
唾液	81(75.7)	14(13.1)	12(11.2)

#### 【ROAGスコア】

スコア1：良好

スコア2：中等度の障害

スコア3：重度の障害

対象：回復期リハビリテーション病棟入院患者108名（2013年6月～10月までに連続入院した65歳以上の患者、男性55名、女性53名、平均年齢80.5±6.8歳）  
 方法：歯科衛生士により、改定口腔アセスメントガイド（ROAG、Revised Oral Assessment Guide）を用いて口腔内の評価を実施。

※ROAG：改定口腔アセスメントガイド（ROAG、Revised Oral Assessment Guide）

声、嚥下、口唇、歯・義歯、粘膜、歯肉、舌、唾液の8項目の状態をそれぞれ各項目の診査方法と評価基準に従いスコア1、2、3の3段階で評価

地域包括ケア病棟に入院している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者の主傷病は、誤嚥性肺炎や尿路感染症が多かった。

入棟患者全て (n=2,854)

1	誤嚥性肺炎	4.5%
2	腰椎圧迫骨折	3.3%
3	大腿骨転子部骨折	2.9%
4	尿路感染症	2.9%
5	COVID-19	2.7%
6	大腿骨頸部骨折	2.6%
7	廃用症候群	2.4%
8	脱水症	2.0%
9	腰部脊柱管狭窄症	1.9%
10	慢性心不全	1.7%

緊急入院後  
(外来の初再診後) (n=990)

1	誤嚥性肺炎	5.7%
2	腰椎圧迫骨折	3.9%
3	尿路感染症	3.4%
4	COVID-19	3.3%
5	慢性心不全	3.1%
6	胸椎圧迫骨折	2.4%
7	脱水症	2.4%
8	肺炎	2.4%
9	うっ血性心不全	2.3%
10	大腿骨頸部骨折	2.1%

救急搬送後入院、他病棟を経由  
(n=390)

1	大腿骨転子部骨折	8.5%
2	誤嚥性肺炎	6.9%
3	大腿骨頸部骨折	5.4%
4	腰椎圧迫骨折	4.6%
5	尿路感染症	4.1%
6	COVID-19	3.3%
7	うっ血性心不全	2.6%
8	脱水症	2.1%
9	肺炎	1.5%
10	気管支肺炎	1.0%

救急搬送後入院、直接入棟  
(n=161)

1	誤嚥性肺炎	8.1%
2	尿路感染症	6.2%
3	腰椎圧迫骨折	5.6%
4	大腿骨転子部骨折	4.3%
5	COVID-19	3.7%
6	脱水症	3.7%
7	肺炎	3.7%
8	胸椎圧迫骨折	3.7%
9	大腿骨頸部骨折	1.9%
10	急性肺炎	1.9%

## 回復期病棟等に入院する患者の口腔機能管理計画を歯科医師が行う場合の評価の新設

- 注1 医科点数表の区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料、区分番号A308に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料又は区分番号A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料を算定する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、リハビリテーション等を行う保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、回復期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該リハビリテーション等に係る一連の治療を通じて1回に限り算定する。
- 注2 区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料、区分番号B006に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)、区分番号B006-3に掲げるがん治療連携計画策定料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)の注5に規定する加算及び区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

### 通知(1)

患者の同意を得た上で、回復期等の口腔機能の評価及び一連の口腔機能の管理計画を策定し、当該管理計画に係る情報を文書(以下「管理計画書」という。)により提供するとともに、回復期等の口腔機能の管理を行う保険医療機関に当該患者に係る管理計画書を提供した場合に当該リハビリテーション等に係る一連の治療を通じて1回に限り算定する。なお、当該管理計画書の内容又はその写しを診療録に記載又は添付する。

新設

注1 医科点数表の区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料、区分番号A308に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料又は区分番号A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料を算定する患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号B000-10に掲げる回復期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、**リハビリテーション等を行う他の保険医療機関又は同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、区分番号B000-10に掲げる回復期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月1回に限り算定する。**

注2 回復期等口腔機能管理料を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号B000-9に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

#### 通知(1)

回復期等口腔機能管理計画策定料に規定する管理計画書に基づき、歯科医師による必要な口腔機能の管理を行い、管理報告書を作成し患者に提供した場合に算定する。

通知(2) 口腔機能の管理を実施した場合は、①口腔内の状態及び摂食・嚥下機能等の状態の評価、②具体的な実施内容や指導内容、③その他必要な内容を記載した管理報告書を作成し、患者に提供する。ただし、患者の状態に大きな変化がない場合は、少なくとも前回の管理報告書の提供日から起算して**3月を超える日までに1回以上提供**する。なお、管理報告書の内容又はその写しを診療録に記載又は添付する。

通知(3) 患者の状態等に変化が生じた場合は、必要な管理計画の修正を行い、管理報告書のその内容を記載の上、患者に提供する。

通知(4) 看護師等との間で実施内容や注意事項等の情報の共有に努める。





**【回復期リハビリテーション病棟入院料】（医科 A308）**

(20) 当該入院料を算定する患者に対し、口腔状態に係る評価を行うとともに、口腔状態に係る課題を認めた場合は、適切な口腔ケアを提供するとともに、必要に応じて歯科医療機関への受診を促すこと。

**【生活習慣病管理料( I )】**

(10) 糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年 1 回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。また、糖尿病の患者について、歯周病の診断と治療のため、歯科受診の推奨を行うこと。

**生活習慣病管理料( I )の注1に規定する施設基準**

(1) 治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましいこと。

歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携することを望ましい要件とするとともに、糖尿病患者に対して歯科受診を推奨することを要件とする

改定前

歯科特定疾患療養管理料 170点

- 注1 別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合は、月2回に限り算定する。
- 注2 指導に先立って、患者の療養を主として担う医師（注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に限る）と共同して、歯科診療に関する総合的な口腔の療養指導計画を策定し、当該患者に対し、その内容を文書により提供した場合は、1回に限り、共同療養指導計画加算として、100点を所定点数に加算する。

通知

(2) 別に厚生労働大臣が定める疾患に掲げる疾患のうち、顎・口腔の先天異常、舌痛症（心因性によるものを含む。）、口腔軟組織の疾患（難治性のものに限る。）、口腔乾燥症（放射線治療又は化学療法を原因とするものに限る。）、睡眠時無呼吸症候群（口腔内装置治療を要するものに限る。）、骨吸収抑制薬関連顎骨壊死（骨露出を伴うものに限る。）又は放射線性顎骨壊死若しくは三叉神経ニューロパチーとはそれぞれ次の疾患をいう。（以下略）

注4 併算定不可項目として、周(Ⅳ)、回復期等口腔機能管理料 が追加

改定後

歯科特定疾患療養管理料	170点
又は	
歯科特定疾患療養管理料	要 施設基準
(情報通信機器を用いた場合)	148点

新設

注5 情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて148点を算定

## 要 施設基準

改定前	改定後
1 外来腫瘍化学療法診療料 1	1 外来腫瘍化学療法診療料 1
イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合
700点	(1) 初回から3回目まで <b>800点</b>
□ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合	(2) 4回目以降 <b>450点</b>
400点	□ イ以外の必要な治療管理を行った場合 <b>350点</b>
2 外来腫瘍化学療法診療料 2	2 外来腫瘍化学療法診療料 2
イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合
570点	(1) 初回から3回目まで <b>600点</b>
□ 抗悪性腫瘍剤の投与その他	(2) 4回目以降 <b>320点</b>
必要な治療管理を行った場合	□ イ以外の必要な治療管理を行った場合 <b>220点</b>
270点	3 外来腫瘍化学療法診療料 3
	イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合
	(1) 初回から3回目まで <b>540点</b>
	(2) 4回目以降 <b>280点</b>
	□ イ以外の必要な治療管理を行った場合 <b>180点</b>

**要 施設基準**

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身的な管理が必要な患者に対し、第8部処置(区分番号I009、I009-2及びI010に掲げるものを除く。)、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴(区分番号M001から区分番号M003まで又はM003-4に掲げるものに限る。)を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合(当該処置、手術又は歯冠修復及び欠損補綴を全身麻酔下で行った場合を除く。)に算定する。

注3 歯科治療時医療管理料を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号B000-9に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)又は区分番号B000-11に掲げる回復期等口腔機能管理料は、別に算定できない。

## 通知

(1) 歯科治療時医療管理料は、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管障害、喘息、慢性気管支炎、糖尿病、甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症、副腎皮質機能不全、てんかん、慢性腎臓病(腎代替療法を行う患者に限る。)の患者、人工呼吸器を装着している患者、在宅酸素療法を行っている患者又は区分番号A000に掲げる初診料の(16)のと及び(19)に規定する感染症の患者に対して、歯科治療時における患者の全身状態の変化等を把握するため、患者の血圧、脈拍、経皮的動脈血酸素飽和度を経時的に監視し、必要な医療管理を行った場合に算定する。

感染対策が特に必要な患者も対象患者に追加

注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛緩和のための専門的な治療が必要な患者に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師が、その必要性及び診療方針等について文書により説明を行った場合に、**難治性がん性疼痛緩和指導管理加算**として、患者1人につき1回に限り所定点数に**100点を加算**する

### B006-3 がん治療連携計画策定料

注1 がん治療連携計画策定料1については、入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、（中略）退院時又は退院した日から起算して30日以内に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合（がんと診断されてから最初の入院に係るものに限る。）に、退院時又は退院した日から起算して30日以内に1回に限り所定点数を算定する。

注3 注1及び注2の規定に基づく当該別の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる**診療情報提供料（Ⅰ）**及び区分番号B011に掲げる**診療情報等連携共有料の費用は、所定点数に含まれる。**

注4 区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料、区分番号B000-10に掲げる回復期等口腔機能管理計画策定料、区分番号B006に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）又は区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（計画策定病院を除く。）が、区分番号B006-3に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した患者であって入院中の患者以外のものに対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、当該患者の同意を得た上で、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。
- 注2 注1の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号B011に掲げる診療情報等連携共有料及び区分番号B011-2に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、所定点数に含まれる。
- 注3 区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）又は区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）は、別に算定できない。

新設

要 施設基準

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、**対面診療を行っている入院中の患者以外の患者**であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、症状の確認等を目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす当該患者の疾患等に関する**専門的な診療を行っている他の保険医療機関の歯科医師**と事前に診療情報を共有した上で、当該患者の来院時に、**情報通信機器を用いて**、当該他の保険医療機関の歯科医師と**連携して診療を行った場合に、3月に1回に限り算定する。**

事前相談は不可 医技評より

通知（1）

対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、専門的な歯科診療を必要とする、**口腔領域の悪性新生物の術後の患者、難治性の口腔軟組織の疾患又は薬剤関連顎骨壊死の経過観察中等の患者**に対して、**症状の確認等を行うことを目的として**、患者の同意を得て、当該疾患に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の歯科医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の歯科医師と連携して診療を行った場合3月に1回に限り算定する。

通知（7）当該診療報酬の請求については、対面による診療を行っている保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

## 施設基準

情報通信機器を用いた歯科診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

○対象患者（いずれかに該当）

- イ 口腔領域の悪性新生物の術後の経過観察等の専門的な医療を必要とする患者
- ロ 口腔軟組織の疾患（難治性のものに限る。）又は薬剤関連顎骨壊死の経過観察等の専門的な医療を必要とする患者。



注9 保険医療機関が、児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者及び同法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者が通園又は通学する児童福祉法第39条第1項に規定する保育所又は学校教育法第1条に規定する学校(大学を除く。)等の学校歯科医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活等を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。



学校歯科医・学校に提供すればよい

当該保険医療機関の主治医と学校歯科医等が同一の場合は算定不可

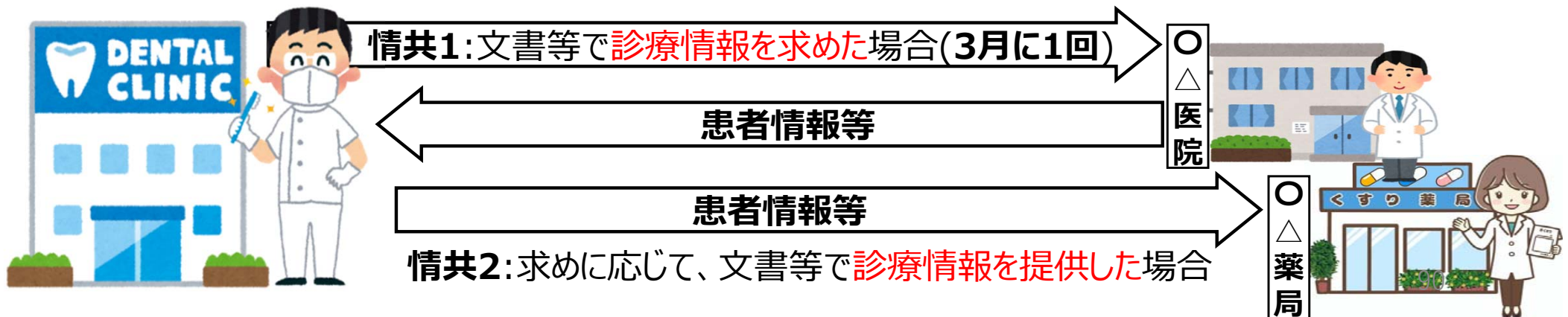
B011 診療情報等連携共有料	1	120点
	2	120点

新設

注1 1については、**歯科診療を行うに当たり全身的な管理が必要な患者**に対し、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関（**歯科診療を行うものを除く。**）で行った**検査の結果若しくは投薬内容等の診療情報**又は**保険薬局が有する服用薬の情報等**（以下この区分番号において「診療情報等」という。）について、当該別の保険医療機関又は保険薬局に**文書等により提供を求めた場合**に、当該別の保険医療機関又は保険薬局ごとに**患者1人につき、診療情報等の提供を求めた日の属する月から起算して3月に1回に限り算定する。**

注2 2については、別の保険医療機関（**歯科診療を行うものを除く。**）からの求めに応じ、患者の同意を得て、**診療情報を文書により提供した場合**に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき、診療情報を提供した日の属する月から起算して3月に1回に限り算定する。

注4 2について、区分番号B011-2に掲げる連携強化診療情報提供料（同一の保険医療機関に対して文書を提供した場合に限る。）を算定した月は、別に算定できない。



新設

## 通知（2）

「1 診療情報等連携共有料 1」は、慢性疾患を有する患者又は歯科診療を行う上で特に全身的な管理の必要性を認め検査結果、診療情報又は服用薬の情報等（以下、「診療情報等」という。）を確認する必要がある患者において、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関又は保険薬局に当該患者の診療情報等の提供を文書等（電話、ファクシミリ又は電子メール等によるものを含む。）により求めた場合に算定する。

## 通知（3）

「1 診療情報等連携共有料 1」において、当該別の保険医療機関又は保険薬局に対して、文書で診療情報等を求めるに当たっては、次の事項を記載した文書を患者又は当該別の保険医療機関又は保険薬局に交付する。また、交付した文書の写しを診療録に添付すること。  
（略）

なお、文書以外の手段で診療情報等を求めるに当たっては、交付した文書の写しを診療録に添付することに代えて、求めた内容を診療録に記載する。

## 通知（8）

診療情報提供料(Ⅰ)により紹介した月から起算して3月以内に、同一の保険医療機関に対して当該患者の診療情報等の提供を求めた場合において、診療情報等連携共有料 1 は別途算定不可

「等」の記載は、保険薬局の追加のため

B013 新製有床義歯管理料	1 2以外の場合	190点
	2 困難な場合	230点

## 通知(5)

新製有床義歯管理料を算定した患者について、当該有床義歯の装着日の属する月から起算して6月以内の期間において、当該有床義歯の装着部位とは異なる部位に別の有床義歯の新製又は有床義歯の裏装を行った場合は、区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1の「1 有床義歯の場合」を算定し、新製有床義歯管理料は算定できない。

## 通知(10)

新製有床義歯管理料を算定した患者について、当該管理料を算定した日の属する月から起算して6月を超えた期間において、必要があって当該有床義歯の装着部位に新たに製作した有床義歯を装着し調整又は指導を行った場合は、新製有床義歯管理料を算定する。

新製有床義歯管理料、1年の縛りから6カ月に要件緩和

改定前	
1 在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2(在宅等における療養を歯科医療面から支援する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。)の場合	900点
2 1以外の場合	500点

改定後	
1 在宅療養支援歯科診療所1、在宅療養支援歯科診療所2又は在宅療養支援歯科病院(在宅等における療養を歯科医療面から支援する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。)の場合	900点
2 1以外の場合	500点

### 1 在宅療養支援歯科病院の記載が追加

新設

- 注1 区分番号B004-1-4に掲げる入院栄養食事指導料を算定する患者に対して、退院後の栄養食事管理について、保険医療機関の歯科医師と医師との連携の下に指導を行った内容及び入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第34条第1項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設（以下この区分番号において「保険医療機関等」という。）の医師又は管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中1回に限り算定する。
- 注2 注1に該当しない場合であって、当該医療機関を退院後に他の保険医療機関等に転院又は入所する患者であって栄養管理計画が策定されているものについて、患者又はその家族等の同意を得て、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて当該他の保険医療機関等の管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中に1回に限り算定する。
- 注3 区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

## 要 施設基準

改定前	体系 変更	改定後
広範囲顎骨支持型補綴物管理料 480点		1 広範囲顎骨支持型補綴物管理料 1 <b>500点</b> 2 広範囲顎骨支持型補綴物管理料 2 <b>350点</b>

1は当該補綴物に係る適合性等の確認及び広範囲顎骨支持型補綴物周囲等の管理を実施した場合に算定。

(補綴物適合性と歯周組織の管理は両方とも実施)

2は当該補綴物に係る適合性等の確認又は広範囲顎骨支持型補綴物周囲等の管理を実施した場合に算定。

(補綴物の適合性、歯周組織の管理のいずれかを実施)

P検査は、残存指数

通知 (4)

当該補綴物に係る調整部位、広範囲顎骨支持型装置周囲組織等の状況、確認内容及び管理内容等を診療録に記載する。

通知 (6)

別の保険医療機関で装着された当該補綴物の調整を行った場合は、装着を実施した保険医療機関名及び装着時期について、患者からの情報等を踏まえ診療録に記載。

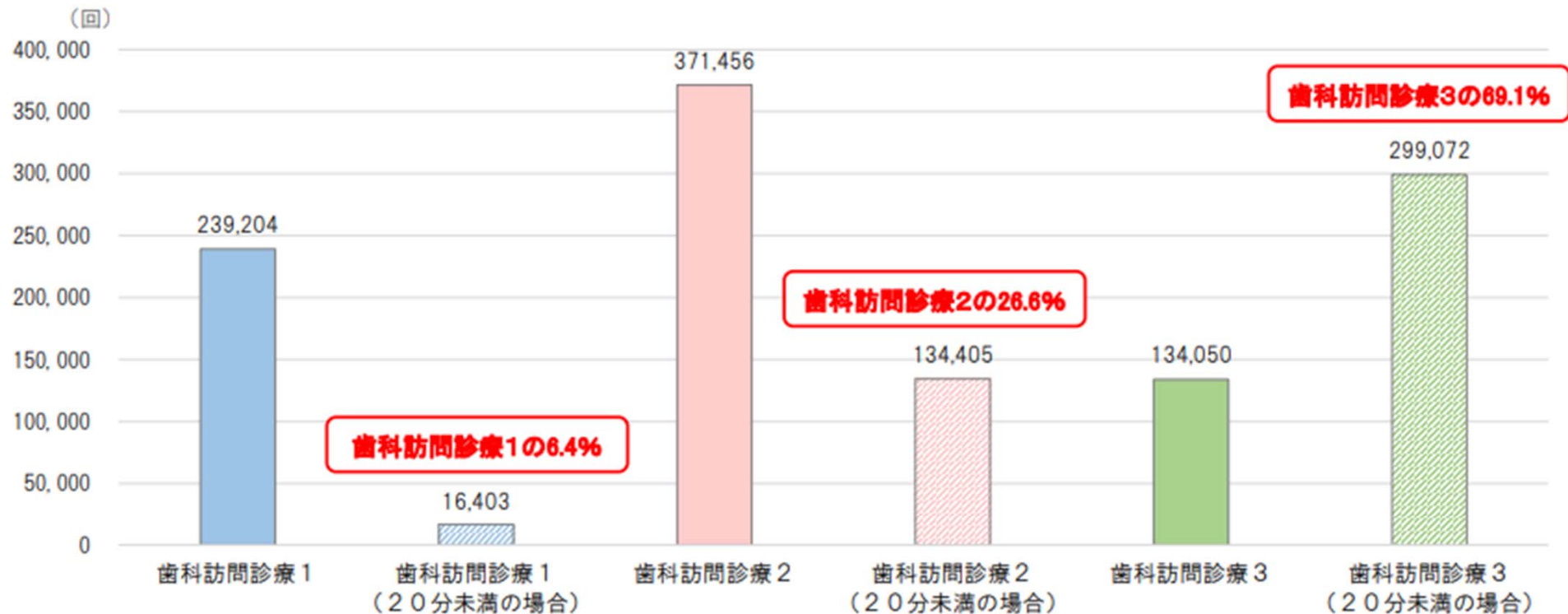
特掲診療料

第2部 在宅医療



## 歯科訪問診療の時間区分ごとの算定回数

歯科訪問診療料の時間区分ごとの算定回数は、「20分未満の場合」の割合が、歯科訪問診療1は6.4%、歯科訪問診療2では26.6%、歯科訪問診療3では69.1%となっており、歯科訪問診療1では9割以上が20分以上だった。



体系変更 ➡ 2、3は人数要件の変更等  
4、5は新設

改定前	訪問診療1	訪問診療2	訪問診療3
	1人のみ	2～9人	10人以上
20分以上	1,100点	361点	185点
20分未満	880点	253点	111点

改定後	訪問診療1	訪問診療2	訪問診療3	新設	
	1人のみ	3人以下	4人～9人	訪問診療4	訪問診療5
20分以上	時間にかかわらず	410点	310点	160点	95点
20分未満	1,100点	287点	217点	96点	57点

注6 2及び3について、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合は、20分以上の点数で算定可能。

訪問診療1のみ20分の時間要件が撤廃された  
訪問診療2・3が、人数要件にて細分化され、それぞれ2つに分けられた

緊急・夜間・深夜歯科訪問診療加算の区分及び点数の変更

改定前		訪問診療1	訪問診療2	訪問診療3
イ 緊急	午前9時～午後6時	+425点	+140点	+70点
ロ 夜間	午後6時～午後10時	+850点	+280点	+140点
ハ 深夜	午後10時～午前6時	+1,700点	+560点	+280点

改定後		訪問診療1	訪問診療2	訪問診療3	訪問診療4	訪問診療5
イ 緊急	午前9時～午後6時	+425点	<b>+159点</b>	<b>+120点</b>	<b>+60点</b>	<b>+36点</b>
ロ 夜間	午後6時～午後10時	+850点	<b>+317点</b>	<b>+240点</b>	<b>+121点</b>	<b>+72点</b>
ハ 深夜	午後10時～午前6時	+1,700点	<b>+636点</b>	<b>+481点</b>	<b>+249点</b>	<b>148点</b>

注8 特別対応加算

改定前	改定後
初診時歯科診療導入加算 +250点 歯科診療特別対応加算 +175点	<b>歯科診療特別対応加算1 +175点</b> <b>歯科診療特別対応加算2 +250点</b> <b>歯科診療特別対応加算3 +500点</b>

注10 地域医療連携体制加算 +300点

**要 施設基準**

改定前	改定後
訪問診療1・2・3への加算	訪問診療1・2・3・4・5への加算

## 歯科訪問診療料の注13は注15に変更

改定前			改定後	
イ 初診時	264点	+3点	イ 初診時	<b>267点</b>
□ 再診時	56点	+2点	□ 再診時	<b>58点</b>

注19 特別な関係にある他の保険医療機関において **新設**  
療養を行っている患者への歯科訪問診療の実施

イ 初診時	<b>267点</b>
□ 再診時	<b>58点</b>

居宅同意取得型のオンライン資格確認システム等が導入されたことを  
受けて、在宅医療における評価は令和6年12月までである

新設

要 施設基準

注20 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な歯科医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅歯科医療DX情報活用加算として、月1回に限り8点を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注14若しくは区分番号A002に掲げる再診料の注11にそれぞれ規定する医療情報取得加算又は区分番号A000に掲げる初診料の注15に規定する医療DX推進体制整備加算を算定した月は、在宅医療DX情報活用加算は算定できない。

### 在宅歯科医療DX情報活用加算の施設基準

- (1)療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令(昭和51年厚生省令第36号)第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3) 電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。
- (4) 電磁的方法により診療情報を共有し、活用する体制を有していること。
- (5) (2)の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。

#### 【経過措置】

- (1) 令和7年3月31日までの間に限り、(3)に該当するものとみなす。
- (2) 令和7年9月30日までの間に限り、(4)に該当するものとみなす。

注13 (イ) 在宅療養支援歯科診療所 1・2  
 か強診 → 口腔管理体制強化加算の届出診療所  
在宅療養支援歯科病院の場合 (新設)

- (1) 同一建物居住者以外の場合 115点
  - 同一建物居住者の場合 50点
- (2) (イ) 以外の保険医療機関の場合
  - 同一建物居住者以外の場合 90点
  - 同一建物居住者の場合 30点

在宅療養支援歯科病院の施設基準

新設

- (1) 保険医療機関である歯科診療を行う病院であって、歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3を算定していること。
- (2) 高齢者の口腔機能管理に係る研修を受けた常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- (3) 歯科衛生士が1名以上配置されていること。
- (4) 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有していること。
- (5) 定期的に、在宅患者等の口腔機能管理を行っている患者数等を地方厚生局長等に報告していること。
- (6) 当該地域において、保険医療機関、介護・福祉施設等との十分な連携の実績があること。

注14 在宅歯科医療推進加算 + 100点 **要 施設基準**

改定前		改定後
訪問診療1への加算	変更無し	訪問診療1への加算

注16 歯初診の施設基準届出の無い医療機関の減算

改定前	改定後
10点減算	10点減算

注17 歯科訪問診療移行加算

改定前			改定後	
施設基準	訪問診療1		施設基準	訪問診療1
か強診	+ 150点	名称変更	<span style="color: red;">口管強</span> <b>要 施設基準</b>	+ 150点
無し	+ 100点		無し	+ 100点

注18 通信画像情報活用加算の要件変更 + 30点 (点数変更なし)

改定前	
歯援診1	訪問診療1・2
歯援診2	
病初診	

改定後	
歯援診1	<b>要 施設基準</b>
歯援診2	訪問診療1・2・ <b>3</b>
病初診	
<b>在宅療養支援歯科病院</b>	

注18 在宅療養支援歯科病院の追加



## 改定前

1 在宅療養支援歯科診療所1の場合	340点	+	栄養サポートチーム等連携加算1	+ 80点	NST1
2 在宅療養支援歯科診療所2の場合	230点		栄養サポートチーム等連携加算2	+ 80点	
3 1及び2以外の場合	200点				NST2

NSTが加算から独立した管理料へ

## C001-7 在宅歯科医療栄養サポートチーム等連携指導料1・2

## 改定後

1 在宅療養支援歯科診療所1の場合	340点	+	在宅歯科医療連携加算1	+ 100点	新設
2 在宅療養支援歯科診療所2の場合	230点		在宅歯科医療連携加算2	+ 100点	新設
3 在宅療養支援歯科病院の場合	340点				
4 1から3まで以外の場合	200点	+	在宅歯科医療情報連携加算	+ 100点	新設

NSTが独立項目(+80点→100点)へ  
 在宅療養支援歯科病院の施設基準の新設  
 在宅歯科医療連携加算、在宅歯科医療情報連携加算の新設

### 3 在宅療養支援歯科病院の場合 340点 の新設

注5、6 栄養サポートチーム等連携加算1・2の廃止（項目独立による）

注5、6 在宅歯科医療連携加算1・2（100点）の新設

- 1 他の保険医療機関の歯科医師からの情報提供等により管理計画を作成した場合
- 2 医師、看護師、介護支援専門員等からの情報提供等により管理計画を作成した場合

注7 在宅歯科医療情報連携加算 100点（月1回）が追加

併算定不可項目として 注8 周(Ⅳ)、回復期等口腔機能管理料 が追加

## 在宅歯科医療連携加算 1・2 +100点 新設

### 在宅歯科医療連携加算 1

他の保険医療機関の歯科医師からの情報提供等により管理計画を作成した場合

### 在宅歯科医療連携加算 2

医師、看護師、介護支援専門員等からの情報提供等により管理計画を作成した場合

注5 他の保険医療機関を退院した患者であって継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該ほかの保険医療機関の歯科医師から患者の退院時に受けた情報提供及び当該患者の歯科疾患の状況を踏まえて管理計画を作製した場合は、在宅歯科医療連携加算1として100点を所定点数に加算する。

注6 他の保険医療機関を退院した患者又は介護保険法第8条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者若しくは同法 に定める訪問系サービス若しくは短期入所系サービス事業者よりサービスを受けている患者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、医師、看護師、介護支援専門員等からの情報提供及び当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合は、在宅歯科医療連携加算 2として100点を所定点数に加算する。

新設

要 施設基準

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た歯科訪問診療を実施している保険医療機関の歯科医師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、他の保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が ICTを用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な歯科医学的管理を行った場合に、在宅歯科医療情報連携加算として、月1回に限り、100点を所定点数に加算する。

## 施設基準

- (1) 在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの診療情報等について、ICTを用いて常時確認できる体制を有し、関係機関と平時からの連携体制を構築していること。
- (2) 診療情報等を活用した上で計画的な歯科医学的管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (3) (1)に規定する連携体制を構築している医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (4) (3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

## 経過措置

令和7年5月31日までの間に限り、(4)に該当するものとみなす。

同月内併算定不可項目として

注3 周(Ⅳ)、回復期等口腔機能管理料 が追加

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身的な管理が必要な患者に対し、第8部処置(区分番号I009、I009-2及びI010に掲げるものを除く。)、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴(区分番号M001から区分番号M003まで、M003-3又はM003-4に掲げるものに限る。)を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合(当該処置、手術又は歯冠修復及び欠損補綴を全身麻酔下で行った場合を除く。)に算定する。

注3 在宅患者歯科治療時医療管理料を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号B000-9に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)又は区分番号B000-11に掲げる回復期等口腔機能管理料は、別に算定できない。

## 通知

(1) 在宅患者歯科治療時医療管理料は、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した日において、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管障害、喘息、慢性気管支炎、糖尿病、甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症、副腎皮質機能不全、てんかん若しくは慢性腎臓病(腎代替療法を行う患者に限る。)の患者、人工呼吸器を装着している患者、在宅酸素療法を行っている患者又は区分番号A000に掲げる初診料の(16)のト及び(19)に規定する感染症の患者に対して、歯科治療時における患者の全身状態の変化等を把握するため、患者の血圧、脈拍、経皮的動脈血酸素飽和度を経時的に監視し、必要な医療管理を行った場合に算定する。

改定前		改定後
1 単一建物診療患者が1人の場合	360点	1 単一建物診療患者が1人の場合 <b>362点</b>
2 単一建物診療患者が2人以上 9人以下の場合	328点	2 単一建物診療患者が2人以上 9人以下の場合 <b>326点</b>
3 1及び2以外の場合	300点	3 1及び2以外の場合 <b>295点</b>

+2点

-5点

介護保険の居宅管理指導と同点数

注1 指導内容等については、患者のみ ➡ 患者又はその家族に文書提供することでも差し支えない。

注2 緩和ケアを実施するものに対して実施する場合には、月8回に限り算定可能。

注3 複数名訪問歯科衛生指導加算 150点の新設。 **新設**

## 通知

- (2)「注2」について、「注1」の規定にかかわらず、緩和ケアを実施する患者に対して、当該患者に係る歯科訪問診療を行った歯科医師の指示を受けた歯科衛生士等が療養上必要な実地指導を行った場合は、訪問歯科衛生指導料は月8回に限り算定出来る。
- (4)「注3」に規定する「著しく訪問歯科衛生指導が困難な者」とは、次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態である患者に対して当該保険医療機関の**複数の歯科衛生士等が患家を訪問して訪問歯科衛生指導を行う場合に算定する**。なお、複数名による訪問歯科衛生指導の**必要性については、前回訪問時の状況等から判断する**。  
イ〜リ（略）
- (6) 訪問歯科衛生指導料の算定を行った場合は、当該訪問指導で実施した指導内容、指導の実施時刻(開始時刻と終了時刻)、及びその他療養上必要な事項に関する情報を患者等に実地指導を行った歯科衛生士等の氏名**(複数歯科衛生士加算を算定する場合は、同行したすべての歯科衛生士の氏名)**が記載された文書を提供するとともに、その文書の写しを診療録に添付する。
- (7) 訪問歯科衛生指導を行った場合は、歯科医師は診療録に次の事項を記載する。（略）  
イ〜ハ（略）  
ニ 訪問した日の患者の状態の要点等**(複数名訪問歯科衛生指導加算を算定する場合は、当該加算を必要とする理由も含む。)**

施設は、算定不可

前回の状況等から判断して複数名必要なら訪問すれば算定可

注1 当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号C000に掲げる**歯科訪問診療料**を算定した患者であって、**摂食機能障害又は口腔機能低下症**を有し、**継続的な歯科疾患の管理が必要なもの**に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく**管理計画**を作成し、**20分以上必要な指導管理**を行った場合に、**月4回に限り算定する。**

注2 口腔バイオフィilm除去処置は、所定点数に含まれ算定できない（追加）

注4 口腔管理体制強化加算 75点の新設 **新設**

注5 在宅療養支援歯科病院加算 145点の新設 **新設**

注6、7 栄養サポートチーム等連携加算1・2の廃止（項目独立による）

注6、7 在宅歯科医療連携加算1・2（100点）の新設 **新設**

- 1 他の保険医療機関の歯科医師からの情報提供等により管理計画を作成した場合
- 2 医師、看護師、介護支援専門員等からの情報提供等により管理計画を作成した場合

注8 在宅歯科医療情報連携加算 100点（月1回）が追加



注1 当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した18歳未満の患者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なもの又は18歳に達した日前に当該管理料を算定した患者であって、同日以後も継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月4回に限り算定する

注4 口腔管理体制強化加算 75点の新設 **新設**

注5 在宅療養支援歯科病院加算 145点の新設 **新設**

注6、7 栄養サポートチーム等連携加算1・2の廃止（項目独立による）

注6、7 小児在宅歯科医療連携加算1・2（100点）の新設

**新設**

- 1 他の保険医療機関の歯科医師からの情報提供等により管理計画を作成した場合
- 2 医師、看護師、介護支援専門員等からの情報提供等により管理計画を作成した場合

注8 在宅歯科医療情報連携加算 100点（月1回）が追加

新設

在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料1・2・3 各100点

歯在管、（小児）在宅訪問口腔リハの栄養サポートチーム加算1・2より独立

- 注1 連携指導料1**→歯科医師が他の**保険医療機関**の入院している患者の栄養サポートチームの構成員として診療を実施し、口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月1回に限り算定。
- 注2 連携指導料2**→歯科医師が他の**介護保険施設**に入所している患者の食事観察等に参加し、口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月1回に限り算定。
- 注3 連携指導料3**→歯科医師が**障害児入所施設等**に入所している患者の食事観察等に参加し、口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月1回に限り算定。

**新設**

# 在宅腫瘍化学療法注射指導管理料 1,500点

注 悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、在宅における抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に月1回に限り算定する。

特掲診療料

第3部 検査

改定前		改定後	
口腔細菌定量検査	130点	1 口腔細菌定量検査1	130点
		2 口腔細菌定量検査2	65点

名称変更等  
新設

注1 1について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、口腔細菌定量検査を行った場合に、月2回に限り算定する。

注2 1について、同一の患者につき1月以内に2回以上行った場合は、第2回目以後の検査については所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

注3 2について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯の喪失や加齢等により口腔機能の低下を来している患者に対して口腔細菌定量検査を行った場合（口腔細菌定量検査1を算定する場合を除く。）は、3月に1回に限り算定する。

注4 3（略）

- 1 口腔バイオフィルム感染症の診断を目的に実施した場合
- 2 口腔機能低下症の診断を目的として実施した場合

通知

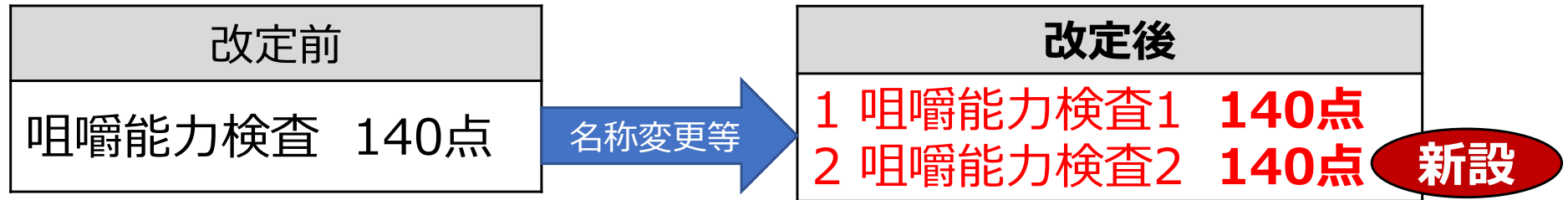
(2) 「1 口腔細菌定量検査1」は、次のいずれかに該当する患者に対して口腔バイオフィルム感染症の診断を目的として実施した場合に算定できる。

イ 在宅等において療養を行っている患者

ロ イ又はハ以外の場合であって、入院中のもの

ハ A000に掲げる初診料の(16)のイ、ロ、ニ若しくはホの状態又はA002に掲げる再診料の(8)のイ、ロ、ニ若しくはホの状態の患者

(4)及び(5) 「2 口腔細菌定量検査2」は、問診、口腔内所見又は他の検査所見から加齢等による口腔機能の低下が疑われる患者に対し、口腔機能低下症の診断を目的として実施した場合に算定する。なお、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料又は区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定し、継続的な口腔機能の管理を行っている患者について、3月に1回に限り算定する。



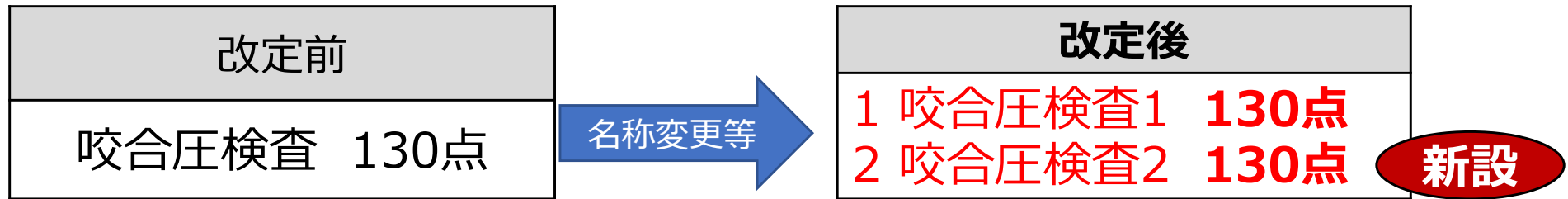
- 注1 1について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**歯の喪失や加齢等により口腔機能の低下を来している患者に対して咀嚼能力測定を行った場合は、3月に1回に限り算定する。**
- 注2 2について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**顎変形症に係る手術を実施する患者に対して、手術前は1回に限り、手術後は6月に1回に限り算定する。**
- 注4 当該検査を算定した月から起算して3月以内(顎変形症に係る手術後の患者にあつては、6月以内)に行う区分番号D011-3に掲げる咬合圧検査は、別に算定できない。

## 通知

### (2)及び(3)

「1 咀嚼能力検査1」は、問診、口腔内所見又は他の検査所見から加齢等による口腔機能の低下が疑われる患者に対し、口腔機能低下症の診断を目的として実施した場合に算定する。なお、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料又は区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定し、**継続的な口腔機能の管理を行っている患者について、3月に1回に限り算定する。**

口腔機能低下症への咀嚼能力検査の算定間隔が3月に1回に短縮  
顎変形症も対象病名に追加



- 注1 1について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**歯の喪失や加齢等により口腔機能の低下を来している患者に対して**咬合圧検査を行った場合は、**3月に1回に限り算定する。**
- 注2 2について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**顎変形症に係る手術を実施する患者に対して、手術前は1回に限り、手術後は6月に1回に限り算定する。**
- 注4 当該検査を算定した月から起算して3月以内(顎変形症に係る手術後の患者にあつては、6月以内)に行う区分番号D011-2に掲げる咀嚼能力検査は、別に算定できない。

## 通知

### (2)及び(3)

「1 咬合圧検査1」、問診、口腔内所見又は他の検査所見から加齢等による口腔機能の低下が疑われる患者に対し、口腔機能低下症の診断を目的として実施した場合に算定する。なお、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料又は区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定し、**継続的な口腔機能の管理を行っている患者について、3月に1回に限り算定する。**

口腔機能低下症への咀嚼能力検査の算定間隔が3月に1回に短縮  
顎変形症も対象病名に追加

## 通知

- (2) 当該検査は、問診、口腔内所見又は他の検査所見から、次のいずれかに該当する場合に算定する。
- イ 加齢等による口腔機能の低下が疑われる患者に対し、**口腔機能低下症の診断を目的として実施した場合**
  - ロ 口腔機能の発達不全が疑われる患者に対し、**口腔機能発達不全症の診断を目的として実施した場合**
- (3) 口腔機能低下症又は口腔機能発達不全症の診断後の患者については、B000-4に掲げる歯科疾患管理料、B000-4-2に掲げる**小児口腔機能管理料**、B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又はC001-6に掲げる**小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料**を算定し、**継続的な口腔機能の管理を行っている患者について、3月に1回に限り算定する。**

口腔機能発達不全症も対象病名に追加  
舌圧検査の算定間隔も、3月に1回



特掲診療料

第5部 投薬

# 投薬に関する評価の見直し

## B011-3 薬剤情報提供料

122

### B011-3 薬剤情報提供料

改定前		改定後	
薬剤情報提供料	10点	薬剤情報提供料	4点

-6点

「処方箋料等の再編等の効率化・適正化▲0.25%」によるもの

## F100 処方料

改定前		改定後	
外来後発医薬品使用体制加算1	5点	外来後発医薬品使用体制加算1	8点
外来後発医薬品使用体制加算2	4点	外来後発医薬品使用体制加算2	7点
外来後発医薬品使用体制加算3	2点	外来後発医薬品使用体制加算3	5点

各+3点

後発医薬品の推進によるもの

## 改定前 → 改定後

1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合	40点 → <b>32点</b>
2 1以外の場合	68点 → <b>60点</b>

注6 1及び2について、直近3月に処方箋を交付した回数が一定以上である保険医療機関が、別表第三調剤報酬点数表区分番号00調剤基本料に掲げる特別調剤基本料Aを算定する薬局であって、当該保険医療機関から集中的に処方箋を受け付けているものと不動産取引等その他の特別な関係を有する場合は、**1又は2の所定点数に代えて、それぞれ29点又は42点を算定する。**

処方箋料等の再編等の効率化・適正化▲0.25%によるもの

改定前		改定後
一般名処方加算1	7点	<b>10点</b>
一般名処方加算2	5点	<b>8点</b>

+3点

## 一般名処方加算の施設基準

薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付する場合には、**医薬品の供給状況等を踏まえつつ、一般名処方の趣旨を患者に十分に説明することについて**、当該保険医療機関の見やすい場所に**掲示**していること。

後発医薬品の推進によるもの

特掲診療料

第6部 注射

# 注射の点数と告示の変更

## G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき）

125

改定前		改定後
皮内、皮下及び筋肉内注射(1回につき)		皮内、皮下及び筋肉内注射(1回につき)
22点	+3点	25点

## G001 静脈内注射（1回につき）

改定前		改定後
静脈内内注射(1回につき)		静脈内注射(1回につき)
34点	+3点	37点

注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、52点を所定点数に加算する。

注3 区分番号C005に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号C005-2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料又は区分番号C005-3に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った静脈内注射の費用は算定しない。

改定前			改定後	
1 6歳未満の乳幼児に対するもの(1日分の注射量が100mL以上の場合)	101点	+4点	1 6歳未満の乳幼児に対するもの(1日分の注射量が100mL以上の場合)	<b>105点</b>
2 1に掲げる者以外の者に対するもの(1日分の注射量が500mL以上の場合)	99点	+3点	2 1に掲げる者以外の者に対するもの(1日分の注射量が500mL以上の場合)	<b>102点</b>
3 その他の場合(入院中の患者以外の患者に限る。)	50点	+3点	3 その他の場合(入院中の患者以外の患者に限る。)	<b>53点</b>

注2 **6歳未満の乳幼児**に対して行った場合は、乳幼児加算として、**48点**を所定点数に加算する。

注4 区分番号C005に掲げる**在宅麻薬等注射指導管理料**、区分番号C005-2に掲げる**在宅腫瘍化学療法注射指導管理料**又は区分番号C005-3に掲げる**在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料**を算定している患者について、区分番号C000に掲げる**歯科訪問診療料**を算定する日に併せて行った点滴注射の費用は算定しない。

特掲診療料

第7部 リハビリテーション

改定前	
脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰ	245点（147点）
脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱ	200点（120点）
脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅲ	100点（60点）
（ ）内は180日超のリハビリテーション実施の場合	



改定後	
それぞれの項目について、	
イ	理学療法士の場合
ロ	作業療法士の場合
ハ	言語聴覚士の場合
ニ	歯科医師の場合
ホ	イからニまで以外の場合（Ⅲのみ）として定義が変更。
点数については、それぞれの項目に準拠する。	

注2 早期リハビリテーション加算 30点 ➡ **25点**

注4 急性期リハビリテーション加算（1単位につき） **50点（新設）**

当該区分中に「医師」とあるのは「歯科医師」に読み替えて適用



改定前	
廃用症候群リハビリテーション料Ⅰ	180点（108点）
廃用症候群リハビリテーション料Ⅱ	146点（88点）
廃用症候群リハビリテーション料Ⅲ	77点（46点）
（ ）内は120日超のリハビリテーション実施の場合	



改定後
それぞれの項目について、 イ 理学療法士の場合 ロ 作業療法士の場合 ハ 言語聴覚士の場合 ニ 歯科医師の場合 ホ イからニまで以外の場合（Ⅲのみ）として定義が変更。 点数については、それぞれの項目に準拠する。

注2 早期リハビリテーション加算 30点 ➡ **25点**

注4 急性期リハビリテーション加算（1単位につき） **50点（新設）**

当該区分中に「医師」とあるのは「歯科医師」に読み替えて適用

注4 治療開始日から3月を超えた場合において、摂食機能療法と区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1（2及び3に限る。）を合わせて月6回に限り算定する。

従来は歯リハ1の算定月においては、摂食機能療法は算定不可だった

摂食機能療法開始日より	3月以内	3月を超えた場合
摂食機能療法30分以上 30分未満	1日につき185点 (又は130点)	月4回まで185点
歯リハ1(2) (PAPの場合) 摂食機能療法との 併算定	月4回まで194点  日が異なれば可	月4回まで194点  日が異なれば合わせて月6回まで可
歯リハ1(3) (その他の場合) 摂食機能療法との 併算定	月4回まで189点  日が異なれば可	月4回まで189点  日が異なれば合わせて月6回まで可

1 有床義歯の場合		2 舌接触補助床の場合	194点
イ □以外の場合	104点	3 その他の場合	189点
ロ □ 困難な場合	124点		

注3 3については、区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴により算定した装置を装着している患者に対して、月4回に限り算定する。

注4 2及び3について、区分番号H001に掲げる摂食機能療法の算定した日は、歯科口腔リハビリテーション料1は算定できない。

注5 2及び3については、区分番号H001に掲げる摂食機能療法の治療開始日から起算して3月を超えた場合においては、当該摂食機能療法と歯科口腔リハビリテーション料1を合わせて、月6回に限り算定する。

## 通知

(10) 「2 舌接触補助床の場合」は、脳血管疾患、口腔腫瘍又は口腔機能低下症等の患者に対し、舌接触状態等を変化させて摂食・嚥下機能又は発音・構音機能の改善を図ることを目的に区分番号I017-1-3に掲げる舌接触補助床を装着した患者であって、舌接触状態等を変化させて摂食・嚥下機能の改善を目的とするために床を装着した場合又は有床義歯形態の補助床を装着した場合に、当該装置の調整又は指導を行い、口腔機能の回復又は維持・向上を図った際に算定する。なお、同一初診期間中に「2 舌接触補助床の場合」の算定以降は「1 有床義歯の場合」を算定できない。この場合において、調整部位又は指導内容等の要点を診療録に記載する。

新設

- 1 口腔機能の発達不全を有する18歳未満の患者の場合 50点
- 2 口腔機能の低下を来している患者の場合 50点

注1 1については、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定する患者に対して、口腔機能の獲得を目的として、療養上必要な指導及び訓練を行った場合に、月2回に限り算定する。

注2 2については、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料又は区分番号C000-1-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定する患者に対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、療養上必要な指導及び訓練を行った場合に月2回に限り算定する。

注3 区分番号H001に掲げる摂食機能療法を算定した月は、歯科口腔リハビリテーション料3は算定できない。

時間要件なし  
訪問診療でも算定できるようになった

新設

## 通知

- (1) 「1 口腔機能の発達不全を有する18歳未満の患者の場合」とは、正常な口腔機能の獲得や、口腔機能の回復又は向上を目的として区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料に規定する管理計画に基づき、口腔機能に係る指導・訓練を行った場合に算定する。当該指導・訓練を行うに当たっては、関係学会より示されている「口腔機能発達不全症に関する基本的な考え方」(令和6年3月日本歯科医学会)を参考とすること。
- (2) 「2 口腔機能の低下を来している患者の場合」とは、正常な口腔機能の獲得や、口腔機能の回復又は向上を目的としてB000-4-3に掲げる口腔機能管理料に規定する管理計画に基づき、口腔機能に係る指導・訓練を行った場合に算定する。当該指導・訓練を行うに当たっては、関係学会より示されている「口腔機能低下症に関する基本的な考え方」(令和6年3月日本歯科医学会)を参考とすること。
- (3) 歯科口腔リハビリテーション3を算定した日において、区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション1により有床義歯、舌接触補助床又は口蓋補綴装置等に係る調整または指導を同日に実施した場合は、当該処置に併せて歯科口腔リハビリテーション1を算定して差し支えない。
- (4) 歯科口腔リハビリテーション3を算定した日において、区分番号H001-3に掲げる歯科口腔リハビリテーション2により顎関節症を有する患者に指導又は訓練を同日に実施した場合は、当該処置に併せて歯科口腔リハビリテーション2を算定して差し支えない。
- (5) 指導・訓練内容等の要点を診療録に記載する。

特掲診療料

第8部 処置

## 通則（告示）

- 2 処置に当たって、第2節に掲げる医療機器等、薬剤又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合（別に厚生労働大臣が定める薬剤（以下この部において「特定薬剤」という。）にあつては、120点以上の処置若しくは特に規定する処置に使用した場合又は特定保険医療材料にあつては特に規定する処置に使用した場合を除く。）は、前号により算定した点数及び第2節から第5節までの所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 第1節に掲げられていない処置であつて簡単なものの費用は、薬剤又は特定保険医療材料を使用したときに限り、第3節、第4節又は第5節の所定点数のみにより算定する。
- 7 120点以上の処置又は特に規定する処置の所定点数は、当該処置に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。ただし区分番号I004-1に掲げる生活歯髄切断又は区分番号I005に掲げる抜髄を行う場合の当該麻酔に当たって使用した薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣の定めるところにより算定できる。

生活歯髄切断又は抜髄実施時の麻酔薬剤は別途算定可能となった

## 通則（通知）

- 3 処置の費用としては、第1節に規定してある所定点数によるほか、処置に使用した薬剤(特定薬剤にあつては、所定点数が120点以上の処置又は各区分の「注」に「特定薬剤料を含む。」と記載されている場合を除く。)の費用についても算定する。したがって、薬剤を使用して処置を行った場合は第2節の薬剤料を、特定薬剤を使用して処置を行った場合は、120点以上の処置又は特に規定する処置を除いて第3節の特定薬剤料を、それぞれ第1節の処置料と合算して算定する。この場合において、当該特定薬剤は別に厚生労働大臣が定めるものに限られる。
- 4 **薬剤料、特定薬剤料又は特定保険医療材料料の算定の単位は1回に使用した総量の価格**であつて、注射液の1筒ごと等の特定単位はこだわらない。

OA 2 %キシロカインCT1.8ml = 10点

OA 2 %キシロカインCT3.6ml = 18点



# 処置の点数と通知の見直し

## I001 歯髄保護処置（1歯につき）

137

改定前			改定後	
1 歯髄温存療法	190点	+10点	1 歯髄温存療法	200点
2 直接歯髄保護処置	152点	+2点	2 直接歯髄保護処置	154点
3 間接歯髄保護処置	36点	+2点	3 間接歯髄保護処置	38点

## I004 歯髄切断（1歯につき）

改定前			改定後	
1 生活歯髄切断	230点	+3点	1 生活歯髄切断	233点
2 失活歯髄切断	70点	+2点	2 失活歯髄切断	72点

注1 永久歯の歯根完成期以前及び乳歯の歯髄につき、1の生活歯髄切断を行った場合は40点➡**42点**を所定点数に加算する。

### 通知

(1) 生活歯髄切断のために用いた表面麻酔、浸潤麻酔、簡単な伝達麻酔、特定薬剤及び歯髄保護処置は、生活歯髄切断の所定点数に含まれ別に算定できない。**ただし表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔に用いた薬剤に係る薬剤料は別に算定する。**

改定前		+ 2点	改定後	
1 単根管	232点		1 単根管	<b>234点</b>
2 2根管	424点	2 2根管	<b>426点</b>	
3 3根管以上	598点	3 3根管以上	<b>600点</b>	

注3 麻酔（通則第7号に規定する麻酔に限る。）の費用（麻酔に当たって使用した薬剤の薬価を除く。）及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。

#### 通知

(1) 抜髄は1歯につき1回に限り算定する。なお、麻酔及び薬剤は所定点数に含まれ別に算定できない。ただし表面麻酔、浸潤麻酔、簡単な伝達麻酔に用いた薬剤に係る薬剤料は別に算定する。

改定前		+ 2点	改定後	
1 单根管	158点		1 单根管	<b>160点</b>
2 2根管	308点	2 2根管	<b>310点</b>	
3 3根管以上	448点	3 3根管以上	<b>450点</b>	

## I007 根管貼薬処置 (1歯1回につき)

改定前		+ 1点	改定後	
1 单根管	32点		1 单根管	<b>33点</b>
2 2根管	40点	2 2根管	<b>41点</b>	
3 3根管以上	56点	3 3根管以上	<b>57点</b>	

改定前			改定後	
1 単根管	138点	+ 1点	1 単根管	<b>139点</b>
2 2根管	166点	+ 2点	2 2根管	<b>168点</b>
3 3根管以上	210点	+ 3点	3 3根管以上	<b>213点</b>

**要 施設基準**

注4 3については、**歯科用3次元エックス線断層撮影装置を用いて根管治療を行った場合であって、Ni-Tiロータリーファイルを用いて根管治療を行った場合に、Ni-Tiロータリーファイル加算として、150点を所定点数に加算する。**なお、第4部に掲げる歯科用3次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。

## 通知

- (3)加圧根管充填処置を行った場合は、歯科エックス線撮影を行い、緊密な根管充填が行われていることを確認するが、妊娠中で同意が得られない場合においてはこの限りでない。ただし、この場合においては、その理由を診療録に記載すること
- (4) 槌状根の場合の加圧根管充填処置については、「3 3根管以上」として算定する。

**要 施設基準**

- (7) 「注4」に規定するNi-Tiロータリーファイル加算は、歯科用3次元エックス線断層撮影装置を用いて得られた画像診断の結果を踏まえ、Ni-Tiロータリーファイルを装着した能動型機器を併用し、根管壁を回転切削することにより根管治療を行い、加圧根管充填処置を行った場合に算定する。
- (8) 区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料の「注1」により当該管理料を算定する旨を地方厚生(支)局長に届け出ていない保険医療機関は、本処置は算定できない。

槌状根の場合には3根管以上で算定。2根管以下の槌状根は、Q&A  
Ni-Ti加算は、歯科用CTの画像診断の結果を踏まえて加圧根充を実施した場合に算定可能

## 通知

- (1) 口腔内分泌物吸引は、歯科診療に係る全身麻酔後や気管切開後の呼吸困難な患者等、**歯科疾患により入院中であり全身管理を行っているもの**に対し、ネラトンカテーテル及び吸引器を使用して、口腔内及びその周辺部位の唾液等の分泌物の吸引を行った場合に月2回に限り算定する。

## I009-6 摘便

摘便	<b>新設</b>
<b>100点</b>	

## ハイフローセラピー（1日につき）

新設

- |   |             |      |
|---|-------------|------|
| 1 | 15歳未満の患者の場合 | 282点 |
| 2 | 15歳以上の患者の場合 | 192点 |

## 通知

ハイフローセラピーは、歯科疾患により入院中の患者であって、動脈血酸素分圧が60mmHg以下又は経皮的動脈血酸素飽和度が90%以下の急性呼吸不全の患者に対して実施した場合に限り算定する。

## I009-8 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法

## 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法

新設

200点

注 区分番号I009-2に掲げる創傷処置、区分番号J084に掲げる創傷処理の費用は所定点数に含まれるものとする。

## 通知

経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法は、歯科疾患により入院中の患者に対し、胃瘻カテーテル又は経皮経食道胃管カテーテルについて、十分に安全管理に留意し、経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換後の確認を画像診断又は内視鏡等を用いて行った場合に限り算定する。なお、その際行われる画像診断及び内視鏡等の費用は、当該点数の算定日にのみ、1回に限り算定する。

## 留置カテーテル設置

40点

新設

## 通知

- (1) 長期間にわたり、バルーンカテーテルを留置するための挿入手技料は、留置カテーテル設置により算定する。この場合、必要があってカテーテルを交換したときの挿入手技料も留置カテーテル設置により算定する。
- (2) 「C106」在宅自己導尿指導管理料又は「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、留置カテーテル設置の費用は算定できない。
- (3) 留置カテーテル設置時に使用する注射用蒸留水又は生理食塩水等の費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

## I009-10 超音波ネブライザ（1日につき）

## 超音波ネブライザ（1日につき）

24点

新設

## 通知

超音波ネブライザは、歯科疾患により入院中の患者に対し、超音波ネブライザを行った際に算定する。酸素療法を併せて行った場合は「I025」酸素吸入の所定点数を合わせて算定できる。



## 通知

- (1) 歯周病処置は、歯周病の症状の改善を目的として、歯周ポケット内に対して△特定薬剤を使用注入した場合に、1口腔を単位として算定する。なお、歯周病処置を算定する場合は、使用薬剤名を診療録に記載すること。
- (2) 歯周病処置を算定する歯周ポケット内に対して特定薬剤を使用注入する場合は、用法用量に従い使用した場合に限り特定薬剤料として別に算定する。
- (3) 歯周基本治療の後の歯周病検査の結果、期待された臨床症状の改善がみられず、かつ歯周ポケット深さが4ミリメートル以上の部位に対して、十分な薬効が期待できる場合において、計画的に1月間特定薬剤を使用注入した場合は、本区分により算定する。なお、当該処置後、再度の歯周病検査の結果、臨床症状の改善はあるが歯周ポケット深さが4ミリメートル未満に改善されない場合であって、更に1月間継続して薬剤を使用した注入を行った場合は同様に算定する。
- (4) 歯周病による急性症状時に症状の緩解を目的として、歯周ポケットに対して内△薬剤を使用した注入を行った場合は、本区分により算定する。
- (5) 糖尿病を有する患者であって、歯周ポケット深さが4ミリメートル以上の歯周病を有するものに対して、歯周基本治療と並行して計画的に1月間特定薬剤(歯科用抗生物質製剤に限る。)を使用したの注入を行った場合は、本区分により算定する。ただし、医科の保険医療機関又は科歯科併設の保険医療機関の医師からの診療情報提供(診療情報提供料の様式に準ずるもの)に基づく場合に限る。

歯周ポケット → ポケット深さ●ミリメートル に表現変更  
特定薬剤を注入→使用 プルステロン軟膏等使用可

~~注6 区分番号D002-6に掲げる口腔細菌定量検査に基づく歯周基本治療については、  
1により算定する。~~

### 通知

~~(7) (1)の規定に関わらず、区分番号D002-6に掲げる口腔細菌定量検査を行った場合、有  
歯顎患者に限り口腔バイオフィーム感染症の治療を目的として、「1 スケーリング」に限り算  
定して差し支えない。なお、「口腔バイオフィーム感染症に対する口腔細菌定量検査に関す  
る基本的な考え方」(令和4年3月日本歯科医学会)を参考とし、歯周病と口腔バイオフィ  
ーム感染症の治療を目的として、それぞれの疾患につき当該処置を行った場合においても、  
歯周基本治療はどちらか一方の主たる疾患に対してのみ算定する。~~

口腔細菌定量検査に基づく歯周基本治療  
告示・通知の削除で  
→ 口腔バイオフィーム処置に移行

# 重症化予防

## SPT = 歯周病安定期治療

- 歯周病安定期治療（SPT）

1口腔につき1回に限り

- 1.1歯以上10歯未満 200点
- 2.10歯以上20歯未満 250点
- 3.20歯以上 350点

- かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（か強診） 120点



- 歯周病安定期治療（SPT）

1口腔につき1回に限り

- 1.1歯以上10歯未満 200点
- 2.10歯以上20歯未満 250点
- 3.20歯以上 350点

- 口腔管理体制強化加算の届出を行っている（口管強） 歯科診療所 120点

- 注2 2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合又は区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の注3に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関の場合において歯周病安定期治療を開始した場合は、この限りでない。
- 注3 区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の注3に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において歯周病安定期治療を開始した場合は、口腔管理体制強化加算として、120点を所定点数に加算する。
- 注4 歯周病の重症化するおそれのある患者に対して歯周病安定期治療を実施し場合は、歯周病ハイリスク患者加算として、80点を所定点数に加算する。

口腔管理体制強化加算を届け出た診療所は、毎月算定可  
口腔管理体制強化加算として、120点を所定点数に加算  
歯周病ハイリスク患者加算 80点 の追加

## 通知

- (3) 歯周病安定期治療は、(略) 1口腔につき月1回に限り算定する。なお、2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施した月の翌月から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる次の場合は、3月以内の間隔で実施した歯周病安定期治療は月1回に限り算定する。この場合において、実施する理由(「イ 歯周外科手術を実施した場合」を除く。)及び全身状態等を診療録に記載する。また、ロ、ハ及びニは、主治の医師からの文書を添付する。イ、ロ、ニ、ホ (略)
- ハ 糖尿病の状態により、歯周病が重症化するおそれのある場合
- (8) 歯周病安定期治療を開始した後、再評価のための歯周病検査の結果、ポケット深さが4ミリメートル未満となり、歯周病重症化予防治療に移行する場合、前回歯周病安定期治療を実施した月の翌月から起算して2月を経過した日以降に歯周病重症化予防治療を算定できる。なお、歯周病重症化予防治療から歯周病安定期治療に移行する場合も同様の取扱いとする。
- (11) 注4に規定する歯周病ハイリスク患者加算は、糖尿病の病態によって歯周病の重症化を引き起こすおそれのある患者に対して、歯周病安定期治療を実施する場合に算定する。(略)
- (12) 糖尿病に罹患する者の歯周病の管理を適切に行うため、定期的に糖尿病を踏まえた歯周病の管理等に関する講習会や研修会に参加し、必要な知識の習得に努める。


SPTの治療間隔の短縮が必要な場合の状態として、糖尿病が追加  
歯周病ハイリスク患者加算は糖尿病の病態により、SPTを実施した場合に算定  
SPT→P検査 (再評価) →PD4mm未満の場合P重防を開始する。

注2 2回目以降の歯周病重症化予防治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の注3に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療を算定した患者について、一連の治療終了後の再評価の結果に基づき、当該患者にして、歯周病重症化予防治療を開始した場合は、この限りでない。

### 通知

(10) B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の注3に規定する口腔管理体制強化加算の施設基準の届出を行っている保険医療機関において、**歯周病安定期治療を行っていた患者が病状の改善により歯周病重症化予防治療に移行する場合であって治療間隔の短縮が必要とされる場合は、3月以内の間隔で実施した歯周病重症化予防治療は月1回に限り算定する。**

### 口管強加算算定保険医療機関における治療の流れ

	SPT（か強診）	1月経過後	P重防	3月経過後	P重防
	SPT（口管強）	1月経過後	P重防	<b>1月経過後</b>	P重防

注 顎関節治療用装置、歯ぎしりに対する口腔内装置、**口腔粘膜等の保護のための口腔内装置**、**外傷歯の保護のための口腔内装置**又はその他口腔内装置を製作した場合に当該製作方法に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。



## 通知

(1)「注」に規定する口腔内装置は、次に掲げるいずれかの装置をいう。

イ～リ（略）

ヌ 外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置

- (13) (1)の「ヌ 外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置」とは、18歳未満の患者で、外傷歯に係る受傷から1年以内であって、区分番号I014に掲げる暫間固定を行った患者に対し、当該外傷歯の保護を目的に製作する装置をいう。当該装置を製作した場合は、(2)から(4)までにかかわらず、「2 口腔内装置2」により算定する。ただし、日常生活時の外傷歯の保護を目的とするものを製作し「2 口腔内装置2」を算定した場合に、「口 歯ぎしりに対する口腔内装置」について、「1 口腔内装置1」、「2 口腔内装置2」又は「3 口腔内装置3」は算定できない。
- (15) 同一手術において、(1)の「ト 気管挿管時の歯の保護等を目的として製作した口腔内装置」を複数使用する場合は、1装置として算定する。
- (17) (1)の「ヌ 外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置」を製作し、口腔内装置を算定する場合は、当該外傷歯の受傷日を診療録に記載すること。なお、他の保険医療機関で暫間固定が行われた場合は、患者又は家族等から聞きとった受傷時の状況等を診療録に記載すること。
- (18) (1)の「ヌ 外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置」について、当該外傷歯の受傷日から起算して1年を超えた場合は、算定出来ない。
- (19) (1)の「ヌ 外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置」について、日常生活時の外傷歯の保護を目的とするものと運動時の外傷歯の保護を目的とするものについて別の装置を必要とする場合には、それぞれ「口腔内装置2」として算定して差し支えない。



## 通知

- (1) 舌接触補助床とは、脳血管疾患、口腔腫瘍又は口腔機能低下症等の患者であって、当該疾患による摂食機能障害又は発音・構音障害を有するものに対して、舌接触状態等を変化させて摂食・嚥下機能、発音・構音機能の改善を目的とするために装着する床又は有床義歯形態の補助床をいう。口腔機能低下症の患者に対しては、関係学会の診断基準により口腔機能低下症と診断されている患者のうち、低舌圧（区分番号D012に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。）に該当するものに対して行った場合に算定できる。
- (2) 「2 旧義歯を用いた場合」とは、既に製作している有床義歯の形態修正等を行って製作した場合をいう。

## I017-2 口腔内装置調整・修理 (1口腔につき)

改定前			改定後	
1 口腔内装置調整		体系 変更	1 口腔内装置調整	
イ 睡眠時無呼吸症候群に対する 口腔内装置の場合	120点		イ 口腔内装置調整1	120点
ロ 歯ぎしりに対する 口腔内装置の場合	120点		ロ 口腔内装置調整2	120点
ハイ及びロ以外の場合	220点		ハ 口腔内装置調整3	220点
2 口腔内装置修理	234点		2 口腔内装置修理	234点

注2 1のロについては、区分番号I017に掲げる口腔内装置の注に規定する歯ぎしりに対する口腔内装置、口腔粘膜等の保護のための口腔内装置又は外傷歯の保護のための口腔内装置の調整を行った場合に算定する。

口腔内装置調整イロハの名称変更

口腔内装置調整2に「口腔粘膜の保護」及び「外傷歯の保護」のOApの追加

睡眠時無呼吸症候群のTYPE 2の  
Bite算定可

## 通知

- (2) 区分番号I017に掲げる口腔内装置の「注」に規定する歯ぎしりに対する口腔内装置、口腔粘膜等の保護のための口腔内装置又は外傷歯の保護のための口腔内装置（「1 口腔内装置 1」又は「2 口腔内装置 2」により製作した場合に限る。）を装着後、**咬合関係等の検査を行い、咬合面にレジンを追加又は削合により調整した場合は1口腔1回につき「1の口腔内装置調整 2」により算定する。なお、当該装置の調整は、月1回に限り算定する。**
- (5) 区分番号I017に掲げる口腔内装置の「注」に規定する顎関節治療用装置、区分番号I017に掲げる口腔内装置の「注」に規定する歯ぎしりに対する口腔内装置（「1 口腔内装置 1」により製作した場合に限る。）、口腔粘膜等の保護のための口腔内装置（「1 口腔内装置 1」又は「2 口腔内装置 2」により製作した場合に限る。）、外傷歯の保護のための口腔内装置（「1 口腔内装置 1」又は「2 口腔内装置 2」により製作した場合に限る。）区分番号I017-1-2に掲げる睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置又は区分番号I017-1-4に掲げる術後即時顎補綴装置の修理を行った場合は、「2 口腔内装置修理」により算定する。なお、口腔内装置の**調整と修理を同日に行った場合において、調整に係る費用は修理に係る費用に含まれ別に算定できない。**
- (8) 区分番号I017に掲げる口腔内装置の「注」に規定する顎関節治療用装置、区分番号I017に掲げる口腔内装置の「注」に規定する歯ぎしりに対する口腔内装置（「1 口腔内装置 1」により製作した場合に限る。）、口腔粘膜等の保護のための口腔内装置（「1 口腔内装置 1」又は「2 口腔内装置 2」により製作した場合に限る。）又は外傷歯の保護のための口腔内装置（「1 口腔内装置 1」又は「2 口腔内装置 2」により製作した場合に限る。）について、**同一初診期間に当該装置の製作を行っていない場合又は別の保険医療機関で製作している場合についても算定できる。**

改定前	
1 30分まで	242点
2 30分以上5時間まで	242点+30分又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数



改定後	
1 30分まで	<b>302点</b>
2 30分以上5時間まで	<b>302点</b> +30分又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数

- 注1 1について、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)又は区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)又は区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)を算定した日の属する月において、術前1回、術後1回に限り算定する。
- 注2 1について、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)又は区分番号B000-9に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)又は区分番号B000-9に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)を算定した日の属する月において、月2回に限り算定する。
- 注3 1について、注2の規定にかかわらず、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)又は区分番号B000-9に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)を算定した緩和ケアを実施している患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)又は区分番号B000-9に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)を算定した日の属する月において、月4回に限り算定する。
- 注4 2については、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、口腔機能の管理を行っている患者(がん等に係る放射線治療又は化学療法を実施する患者に限る。)に対して、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔粘膜に対する処置を行い口腔粘膜保護材を使用した場合に、月1回に限り算定する。
- 注5 略
- 注6 周術期等専門的口腔衛生処置1又は周術期等専門的口腔衛生処置2を算定した日の属する月において、区分番号I029-1-2に掲げる回復期等専門的口腔衛生処置、区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置、区分番号I030-2に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置及び区分番号I030-3に掲げる口腔バイオフィーム除去処置は、別に算定できない。

## 通知

- (6) 「1 周術期等専門的口腔衛生処置1」を算定した日に、別に「2 周術期等専門的口腔衛生処置2」は算定できない。
- (7) 一連の周術期等口腔機能管理において、歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、「2 周術期等専門的口腔衛生処置2」を月2回以上行った場合、当該処置は算定できないが、必要に応じて使用した口腔粘膜保護材に係る特定保険医療材料料は別に算定して差し支えない。
- (8) I029-1-2に掲げる回復期等専門的口腔衛生処置、I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置又はI030に掲げる機械的歯面清掃処置、I030-2に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置及びI030-3に掲げる口腔バイオフィーム除去処置を算定した日の属する月においては、周術期等専門的口腔衛生処置は別に算定できない。ただし、機械的歯面清掃処置を算定した日の属する月において、周術期等口腔機能管理を必要とする手術を実施した日以降に周術期等専門的口腔衛生処置を実施した場合は算定する。

周術期等専門的口腔衛生処置2を、月2回以上実施した場合、処置の算定は不可  
ただし、口腔粘膜保護材に係る特定保険医療材料料は、明細書の摘要欄に必要な旨の  
状況を記載すれば算定可

周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)(Ⅳ)で合わせて4回算定可

## 新設

- 注1 区分番号B000-11に掲げる回復期等口腔機能管理料を算定した入院中の患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、回復期等口腔機能管理料を算定した日の属する月において、月2回に限り算定する。
- 注2 回復期等専門的口腔衛生処置を算定した日の属する月において、区分番号I029に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置、区分番号I030-2に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置及び区分番号I030-3に掲げる口腔バイオフィルム除去処置は、別に算定できない。

## 通知

- (1) 回復期等専門的口腔衛生処置とは、「注1」に規定する患者に対して、回復期等における口腔機能の管理を行う歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該患者の口腔の衛生状態にあわせて、口腔清掃用具等を用いて歯面、舌、口腔粘膜等の専門的な口腔清掃又は機械的歯面清掃を行った場合をいう。
- (2) 回復期等における口腔機能の管理を行う歯科医師は、歯科衛生士の氏名を診療録に記載する。なお、当該処置を行った歯科衛生士は、業務に関する記録を作成する。

回復期リハビリテーション病棟等に入院する患者の口腔衛生処置を歯科衛生士が行った場合の評価の新設

- 注1 C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃処置を行った場合に、月1回に限り算定する。
- 注3 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置を算定した日の属する月において、I030に掲げる機械的歯面清掃処置、I030-2に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置及びI030-3に掲げる口腔バイオフィーム除去処置は、別に算定できない。

#### 通知

- (3) I030に掲げる機械的歯面清掃処置、I030-2に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置及びI030-3に掲げる口腔バイオフィーム除去処置を算定した日の属する月においては、在宅等療養患者専門的口腔衛生処置は別に算定できない。



- 注1 区分番号B000-4に掲げる**歯科疾患管理料**、区分番号B000-8に掲げる**周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）**、区分番号B000-9に掲げる**周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）**、区分番号B000-11に掲げる**回復期等口腔機能管理料**、区分番号B002に掲げる**歯科特定疾患療養管理料**又は区分番号C001-3に掲げる**歯科疾患在宅療養管理料**を算定した患者のうち、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、**歯科疾患の管理を行っているもの**（区分番号I029に掲げる**周術期等専門的口腔衛生処置**、区分番号I029-1-2に掲げる**回復期等専門的口腔衛生処置**、区分番号C001に掲げる**訪問歯科衛生指導料**又は区分番号N002に掲げる**歯科矯正管理料**を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、**2月に1回に限り算定**する。ただし、区分番号A000に掲げる**初診料**の注6、区分番号A002に掲げる**再診料**の注4若しくは区分番号C000に掲げる**歯科訪問診療料**の注8に規定する**歯科診療特別対応加算1**、**歯科診療特別対応加算2**又は**歯科診療特別対応加算3**を算定する患者、区分番号B000-12に掲げる**根面う蝕管理料**の注2に規定する**加算を算定する患者**であって特に機械的歯面清掃が必要と認められる患者、区分番号B000-13に掲げる**エナメル質初期う蝕管理料**の注2に規定する**加算を算定する患者**、**妊婦**又は他の保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）から文書による診療情報の提供を受けた**糖尿病患者**については**月1回に限り算定**する。
- 2 区分番号I011-2に掲げる**歯周病安定期治療**、区分番号I011-2-3に掲げる**歯周病重症化予防治療**、区分番号I029-2に掲げる**在宅等療養患者専門的口腔衛生処置**、区分番号I030-2に掲げる**非経口摂取患者口腔粘膜処置**又は区分番号I030-3に掲げる**口腔バイオフィルム除去処置**を算定した月は算定できない。

## 通知

- (1) 機械的歯面清掃処置とは、歯科疾患に罹患している患者に対し、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯科用の切削回転器具及び研磨用ペーストを用いて行う歯垢除去等をいい、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）、区分番号 B000-9 に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）、区分番号 B000-11 に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号 B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料（当該管理料の「注1」に規定する治療計画に機械的歯面清掃処置を行うに当たって必要な管理計画が含まれている場合に限る。）又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者に対して2月に1回に限り算定する。また、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療、区分番号I011-2-3 に掲げる歯周病重症化予防治療、I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号I030-2に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置又は区分番号I030-3に掲げる口腔バイオフィーム除去処置を算定した月は算定できない。
- (3) 歯科診療特別対応加算1、歯科診療特別対応加算2、歯科診療特別対応加算3、B000-12に掲げる根面う蝕管理料の注2に規定する**口腔管理強化体制加算を算定する患者であって特に機械的歯面清掃が必要と認められる患者（多剤服用患者、唾液分泌量の低下が認められる患者等）**、区分番号B000-13に掲げるエナメル質初期う蝕管理料の注2に規定する口腔管理強化体制加算を算定する患者、妊娠中の患者又は他の医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）から文書による診療情報の提供を受けた糖尿病の患者については、月1回に限り算定する。

注2 非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した月において、区分番号I010に掲げる歯周病処置、区分番号I011に掲げる歯周基本治療、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療、区分番号I011-2-3に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号I029に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号I029-1-2に掲げる回復期等専門的口腔衛生処置、区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号I030-3に掲げる口腔バイオフィーム除去処置は別に算定できない。

### 通知

(2) 当該処置の対象患者は、経管栄養等を必要とする、**経口摂取が困難又は可能であってもわずかであり、患者自身による口腔清掃が困難な療養中の患者であって、口腔内に剥離上皮膜の形成を伴うもの**をいう。

摂食嚥下の機能訓練中の経口摂取がわずかに可能になった方も対象となった

## 口腔バイオフィルム除去処置 110点

新設

- 注1 口腔のバイオフィルムの除去が必要な患者に対して、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が**口腔バイオフィルムの除去等を行った場合に、月2回に限り算定する。**
- 注2 口腔バイオフィルム除去処置を算定した月において、I010に掲げる歯周病処置、I011に掲げる歯周基本治療、I011-2に掲げる歯周病安定期治療、I011-2-3に掲げる歯周病重症化予防治療、I029に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、I029-1-2に掲げる回復期等専門的口腔衛生処置、I029-2に掲げる在宅等療患者専門的口腔衛生処置、I030に掲げる機械的歯面清掃処置及びI030-2に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置は別に算定できない。

新設

## 通知

- (1) 注1に規定する、**口腔バイオフィルムの除去が必要な患者とは、関係学会の診断基準により口腔バイオフィルム感染症患者と診断されている患者をいう。**当該患者に対して、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、口腔バイオフィルムの除去を行った場合に算定する。当該処置を行うに当たっては、関係学会より示されている「**口腔バイオフィルム感染症に対する口腔細菌定量検査に関する基本的な考え方**」(令和6年3月)を参考にすること。
- (2) 主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、患者に対して当該処置を行った場合は、主治の歯科医師は当該**歯科衛生士の氏名を診療録に記載**する。
- (3) I010に掲げる歯周病処置、I011に掲げる歯周基本治療、I011-2に掲げる歯周病安定期治療、I011-2-3に掲げる歯周病重症化予防治療、I029に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、I029-1-2に掲げる回復期等専門的口腔衛生処置、区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、I030に掲げる機械的歯面清掃処置及びI030-2に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した月は算定できない。
- (4) **口腔バイオフィルム除去処置**は、C001-5に掲げる**在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料**又はC001-6に掲げる**小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料**に含まれ、当該管理料を算定した月は別に算定出来ない。

口腔細菌定量検査カットオフ値の問題はある  
対象が無歯顎患者に広がった

口腔リンパ管腫局所注入 1,020点

新設

注1 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。

注2 当該処置に当たって使用した薬剤の費用は別に算定できる。

通知

(1) 口腔領域のリンパ管腫にピシバニールを局所注入した場合に算定する。  
ただし薬剤料は別に算定する。

### 第3節 薬剤料 I090 薬剤

新設

薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

1回の処置に特定薬剤を2種以上使用した場合であっても、使用した特定薬剤の合計価格から15円を控除した残りの額を10円で除して得た点数について1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して特定薬剤料を算定する。

特掲診療料

第9部 手術

## 通知

(3) I005に掲げる抜髄又はI006に掲げる感染根管処置を行うに当たり、根管側壁、髓室側壁又は髓床底に穿孔があり**根管充填までの一連の治療期間に封鎖を行った**場合に、当該穿孔の封鎖を歯肉の剥離により実施したときは、本区分及び保険医療材料を算定する。

## J039 上顎骨悪性腫瘍手術

改定前			改定後	
1 搔爬	9,160点	+1370点	1 搔爬	<b>10,530点</b>
2・3 (略)			2・3 (略)	

## J053 唾石摘出術

改定前			改定後	
1 (略)	3,770点	+560点	1 (略)	<b>4,330点</b>
2 深在性のもの			2 深在性のもの	
3 (略)			3 (略)	
注 (略)			注 (略)	



改定前		改定後	
6	歯肉歯槽粘膜形成手術	6	歯肉歯槽粘膜形成手術
イ	歯肉弁根尖側移動術 770点	イ	歯肉弁根尖側移動術 770点
ロ	歯肉弁歯冠側移動術 770点	ロ	歯肉弁歯冠側移動術 770点
ハ	歯肉弁側方移動術 770点	ハ	歯肉弁側方移動術 770点
ニ	遊離歯肉移植術 770点	ニ	遊離歯肉移植術 770点
ホ	口腔前庭拡張術 2,820点	ホ	口腔前庭拡張術 2,820点
			ヘ 結合組織移植術 <b>840点</b>

体系変更

新設

医技評より新規技術として導入

注3 区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療を開始した日以降に実施する場合（6については、歯周病治療を目的として実施する場合に限る。）は、所定点数（注1の加算を含む）の100分の50に相当する点数により算定する。

注6 1から5まで及び6のイからハまでについては1歯につき算定し、6のニからヘまでについては手術野ごとに算定する。

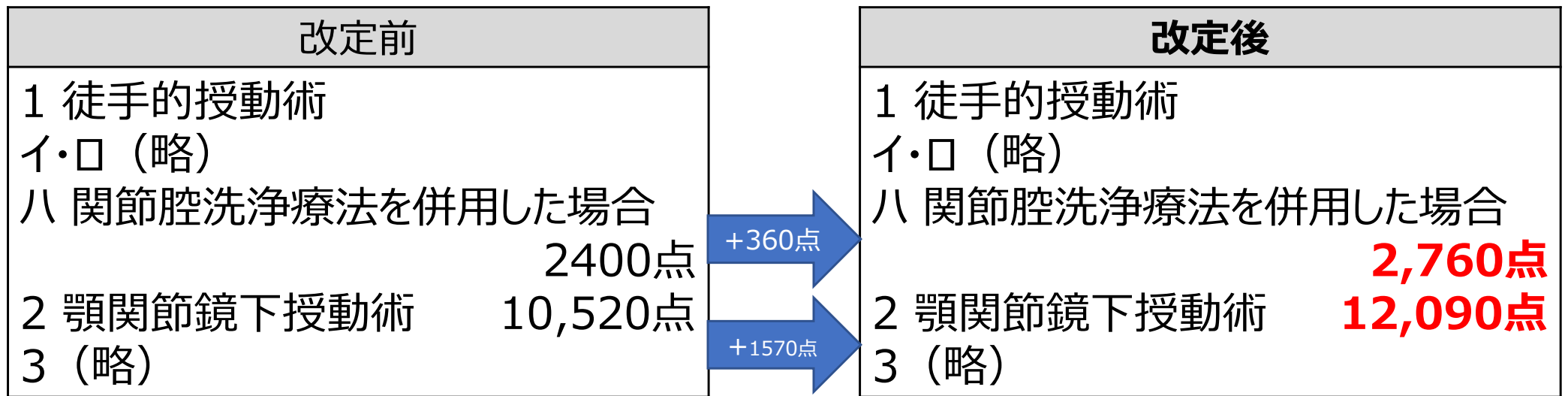
## 通知

- (11) 歯肉歯槽粘膜形成手術は、必要があつて「6のイ 歯肉弁根尖側移動術」から「6のハ 結合組織移植術」までに掲げる手術を行った場合に算定する。なお、「6のイ 歯肉弁根尖側移動術」から「6のハ 歯肉弁側方移動術」までは **1 歯単位**により算定し、「6のニ 遊離歯肉移植術」から「6のハ 結合組織移植術」は**手術単位**により算定する。
- (18) 「6のハ 結合組織移植術」とは、歯肉の供給側より採取した結合組織片を、付着させる移植側の骨膜と上皮の間へ移植を行うものをいい、付着歯肉幅の拡大、露出歯根面の被覆又は歯槽堤形成等を目的に手術を行った場合に算定する。
- (20) 区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療を開始した日以降に行った場合は、所定点数(注1の加算を含む。)の100分の50により算定する。ただし、**歯周病の治療以外を目的として「6 歯肉歯槽粘膜形成手術」を実施する場合には、所定点数を算定して差し支えない。**

歯周外科手術の種類により、1歯単位もしくは手術単位で請求する歯周病の治療以外に実施する場合は、所定点数を算定して差し支えない



J080 顎関節授動術



## 改定前

3 筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）  
 □ その他のもの 2,690点

+400点

## 改定後

3 筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）  
 □ その他のもの **3,090点**

## J084-2 小児創傷処理（6歳未満）

## 改定前

3 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満）  
 2,490点

+370点

4 筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上） 3,840点

## 改定後

3 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満）  
**2,860点**

+570点

4 筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上） **4,410点**

改定前		改定後
1 100平方センチメートル未満 1,410点	+210点	1 100平方センチメートル未満 <b>1,620点</b>

## J087 上顎洞根治手術

改定前		改定後
7,990点	+1190点	<b>9,180点</b>

## J091 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術

改定前		改定後
1 25平方センチメートル未満 4,510点	+670点	1 25平方センチメートル未満 <b>5,180点</b>

## J104-2 皮膚悪性腫瘍切除術

注 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検(悪性黒色腫等に係るものに限る。)を併せて行った場合は、**皮膚悪性腫瘍センチネルリンパ節生検**加算として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定できない。

## 要 施設基準

## 通知

(5) 当該手術は、次のいずれかに該当し、従来のブリッジや有床義歯(顎堤形成後の有床義歯を含む。)では咀嚼機能の回復が困難な患者に対して実施した場合に算定する。

イ 腫瘍、**顎骨嚢胞**、顎骨骨髓炎、外傷等により、広範囲な顎骨欠損若しくは歯槽骨欠損症例(歯周病及び加齢による骨吸収を除く。)又はこれらが骨移植等により再建された症例であること。なお、欠損範囲について、上顎にあっては連続した4歯相当以上の顎骨欠損症例又は上顎洞若しくは鼻腔への交通が認められる顎骨欠損症例であり、下顎にあっては連続した4歯相当以上の歯槽骨欠損又は下顎区域切除以上の顎骨欠損であること。

ロ・ハ (略)

ニ 6歯以上の先天性部分無歯症又は前歯及び小臼歯の永久歯のうち3歯以上の萌出不全(埋伏歯開窓術を必要とするものに限る。)であり、**3分の1顎程度以上の多数歯欠損**(歯科矯正後の状態を含む。)であること。

先天性部分無歯症が連続したものではなく、  
トータル1/3顎程度あれば該当することに

頭頸部悪性腫瘍光線力学療法 22,100点

新設

要 施設基準

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**頭頸部悪性腫瘍の患者に対して、光線力学療法を実施した場合に算定する。**

## 通知

- (1) 半導体レーザー用プローブを用いて切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌に対してレーザー光照射を実施した場合に算定する。
- (2) 本療法は、頭頸部癌の治療に係る専門の知識及び5年以上の経験を有し、本治療に関する所定の研修を修了している歯科医師が実施する。

## 施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な歯科医師及び看護師が配置されていること。
- (2) 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (3) 当該療養を行うにつき十分な機器を有していること。

令和5年12月1日に期中導入の項目化

特掲診療料

第12部 歯冠修復及び欠損補綴



# 歯冠修復及び欠損補綴の通則の変更

歯科訪問診療料及び著しく歯科診療が困難な者に対して歯科診療を行った場合	
歯冠修復及び欠損補綴の算定項目	加算割合
有床義歯の連imp230点・特殊imp272点、咬合印象140点、有床義歯のBT 57点・187点・283点、有床義歯内面適合法	70/100
<b>充填</b>	<b>60/100</b>
PZ、充形、修形、支台築造、支台築造印象、上記以外のimp、 <b>光学印象</b> 、TeC、リテイナー、装着、仮着、上記以外の咬合採得、TF、Brの試適、乳歯冠、小児保隙装置、既製金属冠、床修理、Pro修理、特イ修	50/100

歯科訪問診療料、特別対応加算1・2・3の算定患者（いわゆる困難加算）における充填が100分の50から**100分の60加算**に変更

## 修復物の生存期限

■各種修復物の平均生存期間と再治療率

修復物名	対象歯数	再治療歯数	再治療率 (%)	平均生存期間 (日)*
メタルインレー	103	29	28.16	3804
コンポジットレジン	245	87	35.51	3532
4/5冠	58	20	34.48	3332
メタルクラウン	118	44	37.29	3276
メタルブリッジ	125	75	60.00	2557
計	649	255	39.29	3323

\* Kaplan-Meier 法により算出

■再治療の原因

	二次う蝕	脱臼	根尖性 歯周炎	辺縁性 歯周炎	便宜的	歯髄炎	その他	合計
メタルインレー	21	6	0	0	0	2	0	29
コンポジットレジン	68	0	3	3	9	3	1	87
4/5冠	10	1	1	3	1	2	2	20
メタルクラウン	6	10	16	4	4	0	4	44
メタルブリッジ	17	21	14	11	5	2	5	75
計	122	38	34	21	19	9	12	255

■各種修復物の3年、5年、10年生存率

修復物名	生存率 (%)		
	3年	5年	10年
メタルインレー	91.6	88.0	67.5
コンポジットレジン	87.0	73.5	60.4
4/5冠	91.2	78.4	60.5
メタルクラウン	87.0	74.8	55.8
メタルブリッジ	78.8	55.6	31.9
計	86.3	72.9	55.0

■ 対象:

1999年1月から2005年3月の期間に歯科診療所（一カ所）で修復物治療を受けた95人、649歯（臼歯）  
修復物を用いた治療を受け、その後定期健診やその他の治療で1回以上来院した患者

■ 調査修復物

コンポジットレジン、メタルインレー、4/5冠、メタルクラウン、メタルブリッジ

■ 方法:

- 対象歯に対して診療録に基づく後ろ向き観察研究
- 生存期間:再治療が行われなかった場合は、患歯に対して修復物が充填もしくは装着された日から最終来院日  
再治療もしくは患歯に抜歯が必要であると判断された場合は、判断された日まで
- 修復ごとの生存期間の算出のためにKaplan-Meier法を用いた

出典: 臼歯部修復物の生存期間に関連する要因、口腔衛生会誌 58: 16-24, 2008

111

臼歯部修復物の予後を調査した研究において、金属歯冠修復（4/5冠、FMC）の平均生存率は3000日を超え、3年生存率は約9割であるという報告がある。また、金属歯冠修復の再治療の原因で最も多いのは、4/5冠では二次う蝕、FMCでは根尖性歯周炎であった。

## 歯冠修復及び欠損補綴の（通則）

### [算定要件]

- 8 区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料について地方厚生局長等へ届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において、歯冠補綴物（区分番号M010の2に掲げる4分の3冠（前歯）、区分番号M010の3に掲げる5分の4冠（小臼歯）、区分番号M010の4に掲げる全部金属冠（小臼歯及び大臼歯）及び区分番号M011に掲げるレジン前装金属冠を除く。区分番号M000-2において同じ。）又はブリッジ（接着ブリッジを含む。以下同じ。）を製作し、当該補綴物を装着する場合の検査並びに歯冠修復及び欠損補綴の費用は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

### 通知

- (2) 「注1」の「歯冠補綴物」とは、区分番号M010-2に掲げるチタン冠、区分番号M011-2に掲げるレジン前装チタン冠、区分番号M015に掲げる非金属歯冠修復（「1 レジンインレー」を除く。）及び区分番号M015-2に掲げるCAD/CAM冠をいう。
- (11) 令和6年5月31日までにクラウン・ブリッジ維持管理料を算定した歯冠補綴物に係る規定については、なお従前の例による。

4分の3冠（前歯）、5分の4冠（小臼歯）、全部金属冠（小臼歯・大臼歯）、レジン前装金属冠の歯冠補綴物は対象外となる。

## 3 窩洞形成

イ 単純なもの60点

新設

□ 複雑なもの86点 + CAD/CAMインレー窩洞形成加算 + 150点

注3 1のイについて、臼歯のレジン前装金属冠のための歯冠形成は、~~340点~~ 490点を所定点数に加算する

注7 2のイについて、臼歯のレジン前装金属冠のための支台歯の歯冠形成は、~~300点~~ 470点を所定点数に加算する。

注10 3について、CAD/CAMインレーのための窩洞形成は、150点を所定点数に加算する。

注11 麻酔、薬剤等の費用及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

## 通知

(12) 「注10」に規定する加算は、CAD/CAMインレーの窩洞形成を実施した場合に限り算定できる。

臼歯のレジン前装金属冠のための歯冠形成の加算が、150点下がる  
前歯部のレジン前装金属冠のための歯冠形成の加算は現状維持  
CAD/CAMインレーの窩洞形成による加算 150点新設された

M001-3 う蝕歯インレー修復形成(1歯につき)	+	CAD/CAMインレー加算 + 150点
120点		

**新設**

注1 CAD/CAMインレーのための窩洞形成は、150点を所定点数に加算する。

### 通知

- (2) 「注1」に規定する加算は、CAD/CAMインレーの窩洞形成を実施した場合に限り算定できる。
- (4) (略) ただし、**金属歯冠修復によるインレーを除去した場合は、I019に掲げる歯冠修復物又は補綴物の除去の「1 簡単なもの」により算定して差し支えない。**

修形の場合のインレー除去は算定可

**要 施設基準**

注1 1について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号M011に掲げる**レジン前装金属冠**、区分番号M011-2に掲げる**レジン前装チタン冠**又は区分番号M015-2に掲げる**CAD/CAM冠**を製作することを目的として、前歯部の印象採得を行うに当たって、歯科医師が**歯科技工士とともに対面で色調採得及び口腔内の確認等**を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、**歯科技工士連携加算1**として、**50点を所定点数に加算する**。ただし、同時に**2以上の補綴物の製作を目的とした印象採得を行った場合であっても、歯科技工士連携加算1は1回として算定する**。

注2 1について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号M011に掲げる**レジン前装金属冠**、区分番号M011-2に掲げる**レジン前装チタン冠**又は区分番号M015-2に掲げる**CAD/CAM冠**を製作することを目的として、前歯部の印象採得を行うに当たって、**歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を用いて色調採得及び口腔内の確認等**を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、**歯科技工士連携加算2**として、**70点を所定点数に加算する**。ただし、同時に**2以上の補綴物の製作を目的とした印象採得を行った場合であっても、歯科技工士連携加算2は1回として算定する**。

注3 注1に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注2に規定する加算並びにM006に掲げる咬合採得の注1及び注2並びにM007に掲げる仮床試適の注1及び注2に規定する歯科技工士連携加算1及び歯科技工士連携加算2は別に算定できない。

注4 注2に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注1に規定する加算並びにM006に掲げる咬合採得の注1及び注2並びにM007に掲げる仮床試適の注1及び注2に規定する歯科技工士連携加算1及び歯科技工士連携加算2は別に算定できない。

印象採得、咬合採得、仮床試適時に、歯科技工士連携加算1及び2の算定は、1回のみ

**要 施設基準**

通知

(4) その他の印象採得は、次により算定する。

イ～ニ (略)

ホ「2のハ 特殊印象」とは、欠損補綴でレジン系印象材又はラバー系印象材等を用いて咬合圧印象を行った場合をいう。また、マイオモニターによる印象又は各個トレー及び歯科用インプレッションコンパウンドを用いて筋圧形成を行いラバー系印象材等を用いて機能印象を行った場合も本区分により算定する。

(8) 「注1」に規定する歯科技工士連携加算1は、当該加算に係る施設基準に適合するものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、前歯部のレジン前装金属冠、レジン前装チタン冠又はCAD/CAM冠の製作に当たって、印象採得を行う際に、歯科医師が歯科技工士とともに対面で当該補綴物の製作に係る色調採得及び口腔内の確認等を行った場合に算定する。なお、当該加算の算定に当たっては、確認内容及び当該歯科技工士が所属する歯科技工所の名称（当該保険医療機関の歯科技工士以外が行う場合に限る。）を診療録に記載する。

(9) 「注2」に規定する歯科技工士連携加算2は、当該加算に係る施設基準に適合するものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、前歯部のレジン前装金属冠、レジン前装チタン冠又はCAD/CAM冠の製作に当たって、印象採得を行う際に、歯科医師が情報通信機器を用いて歯科技工士とともに当該補綴物の製作に係る色調採得及び口腔内の確認等を行った場合に算定する。なお、当該加算の算定に当たっては、確認内容及び当該歯科技工士が所属する歯科技工所の名称（当該保険医療機関の歯科技工士以外が行う場合に限る。）を診療録に記載する。

(10) 「注1」及び「注2」に規定する歯科技工士連携加算1及び歯科技工士連携加算2について、複数の歯冠補綴物又は欠損補綴物の製作に当たって、同日に印象採得を実施した場合も1回に限り算定する。

(11) 「注2」に規定する歯科技工士連携加算2について、情報通信機器を用いて患者の個人情報を取り扱う場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守すること。

(12) 「注2」に規定する歯科技工士連携加算2を算定する場合に、情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

改定前			改定後	
1 局部義歯 (1床につき)			1 局部義歯 (1床につき)	
イ 1 歯から4 歯まで	630点	-6点	イ 1 歯から4 歯まで	624点
ロ 5 歯から8 歯まで	852点	-85点	ロ 5 歯から8 歯まで	767点
ハ 9 歯から11歯まで	1,064点	-22点	ハ 9 歯から11歯まで	1,042点
ニ 12歯から14歯まで	1,678点	-176点	ニ 12歯から14歯まで	1,502点
2 総義歯 (1顎につき)	2,682点	-182点	2 総義歯 (1顎につき)	2,500点

総義歯を除き、有床義歯と熱可塑性有床義歯は同点数とした

## M004 リテーナー

改定前		改定後
リテイナー	名称変更	リテーナー



## 通知

- (6) 「注1」の内面処理加算1とは、CAD/CAM冠、CAD/CAMインレー又は高強度硬質レジンブリッジを装着する際に、歯質に対する接着力を向上させるために行うアルミナ・サンドブラスト処理及びプライマー処理等を行った場合に算定する。
- (7) 「注2」に規定する内面処理加算2は、接着ブリッジを装着する際に、歯質に対する接着力を向上させるために行うアルミナ・サンドブラスト処理及び金属接着性プライマー処理等を行った場合に、区分番号M010-3に掲げる接着冠ごとに算定する。
- (8) 「注1」に規定する内面処理加算1又は「注2」に規定する内面処理加算2を算定する場合は、接着性レジンセメントを用いて装着すること。
- (9) 「注1」及び「注2」に規定する処理に係る保険医療材料等の費用は、所定点数に含まれる。

一液性のものは不可。(強固な接着を求めるなら別途処理が必要)

- 注1 2のイ(2)並びにロ(2)及び(3)について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ブリッジ又は有床義歯を製作することを目的として、咬合採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で咬合状態の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算1として、50点を所定点数に加算する。
- 注2 2のイ(2)並びにロ(2)及び(3)について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ブリッジ又は有床義歯を製作することを目的として、咬合採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を用いて咬合状態の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算2として、70点を所定点数に加算する。
- 注3 注1に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注2に規定する加算並びにM003に掲げる印象採得の注1及び注2並びにM007に掲げる仮床試適の注1及び注2に規定する歯科技工士連携加算1及び歯科技工士連携加算2は別に算定できない。
- 注4 注2に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注1に規定する加算並びにM003に掲げる印象採得の注1及び注2並びにM007に掲げる仮床試適の注1及び注2に規定する歯科技工士連携加算1及び歯科技工士連携加算2は別に算定できない。

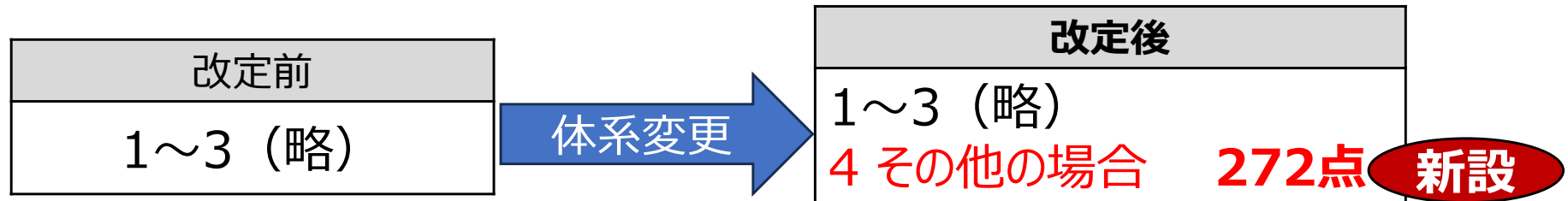
## 通知

(4) 「注1」に規定する**歯科技工士連携加算1**は、当該加算に係る施設基準に適合するものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、「2のイの（2）**支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合**」、「2のロの（2）**多数歯欠損**」又は「2のロの（3）**総義歯**」に係るブリッジ又は有床義歯の製作に当たって、咬合採得を行う際に、**歯科医師が歯科技工士とともに対面で咬合関係の確認や口腔内の確認等を行った場合に算定する**。なお、当該加算の算定に当たっては、確認内容及び当該歯科技工士が所属する歯科技工所の名称（当該保険医療機関の歯科技工士以外が行う場合に限る。）を診療録に記載する。

(5) 「注2」に規定する**歯科技工士連携加算2**は、当該加算に係る施設基準に適合するものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、「2のイの（2）**支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合**」、「2のロの（2）**多数歯欠損**」又は「2のロの（3）**総義歯**」に係るブリッジ又は有床義歯の製作に当たって、咬合採得を行う際に、**歯科医師が情報通信機器を用いて歯科技工士とともに咬合関係の確認や口腔内の確認等を行った場合に算定する**。なお、当該加算の算定に当たっては、確認内容及び当該歯科技工士が所属する歯科技工所の名称（当該保険医療機関の歯科技工士以外が行う場合に限る。）を診療録に記載する。

(6) 「注2」に規定する**歯科技工士連携加算2**について、情報通信機器を用いて患者情報等のやりとりを行う場合は、厚生労働省「**医療情報システムの安全管理に関するガイドライン**」を遵守すること。

(7) 「注2」に規定する**歯科技工士連携加算2**を算定する場合に、情報通信機器の運用に要する費用については、**療養の給付と直接関係ないサービス等の費用**として別途徴収できる。



注1 2及び3について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、有床義歯等を製作することを目的として、仮床試適を行うに当たって、歯科医師が**歯科技工士とともに対面**で床の適合状況の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用には、歯科技工士連携**加算1**として、**50点**を所定点数に加算する。

注2 2及び3について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、有床義歯等を製作することを目的として、仮床試適を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに**情報通信機器を用いて**床の適合状況の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用には、歯科技工士連携**加算2**として、**70点**を所定点数に加算する。

注3 注1に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注2に規定する加算並びにM003に掲げる印象採得の注1及び注2並びにM006に掲げる仮床試適の注1及び注2に規定する歯科技工士連携加算1及び歯科技工士連携加算2は別に算定できない。

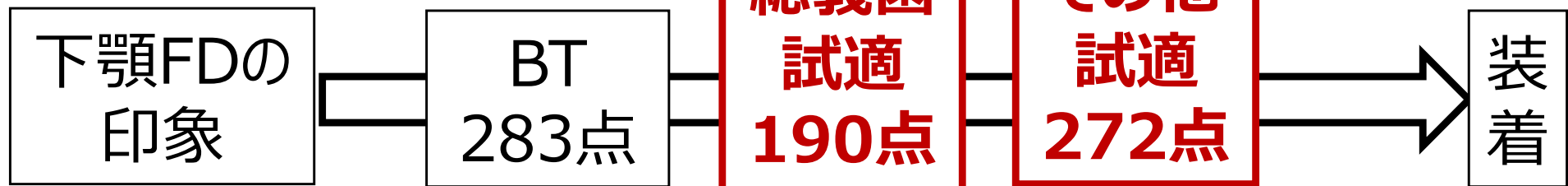
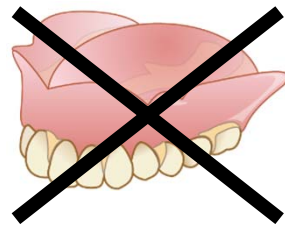
注4 注2に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注1に規定する加算並びにM003に掲げる印象採得の注1及び注2並びにM006に掲げる仮床試適の注1及び注2に規定する歯科技工士連携加算1及び歯科技工士連携加算2は別に算定できない。

## 通知

- (3) 「4 その他の場合」とは、下顎総義歯の製作に当たって、人工歯列弓や義歯床研磨面等の形態を決定するためにフレンジテクニックを行った場合をいう。
- (4) 下顎総義歯の製作に当たり、「3 総義歯」を行った別の日に「4 その他の場合」を行った場合はそれぞれ算定して差し支えない。
- (5) 有床義歯を装着しない口蓋補綴及び顎補綴の仮床試適は、本区分の「3 総義歯」の所定点数により算定する。
- (6) 「注1」に規定する歯科技工士連携加算1は、当該加算に係る施設基準に適合するものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、「2 多数歯欠損」又は「3 総義歯」に係る有床義歯等の製作に当たって、仮床試適を行う際に、歯科医師が歯科技工士とともに対面で義歯の辺縁形態や人工歯の排列位置、咬合関係の確認、口腔内の確認等を行った場合に算定する。なお、当該加算の算定に当たっては、確認内容及び当該歯科技工士が所属する歯科技工所の名称（当該保険医療機関の歯科技工士以外が行う場合に限り。）を診療録に記載する。
- (7) 「注2」に規定する歯科技工士連携加算2は、当該加算に係る施設基準に適合するものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、「2 多数歯欠損」又は「3 総義歯」に係る有床義歯等の製作に当たって、仮床試適を行う際に、歯科医師が情報通信機器を用いて歯科技工士とともに咬合関係の確認や口腔内の確認等を行った場合に算定する。なお、当該加算の算定に当たっては、確認内容及び当該歯科技工士が所属する歯科技工所の名称（当該保険医療機関の歯科技工士以外が行う場合に限り。）を診療録に記載する。
- (8) 「注2」に規定する歯科技工士連携加算2について、情報通信機器を用いて患者情報等のやりとりを行う場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守すること。
- (9) 略

印象採得、咬合採得、仮床試適それぞれの歯科技工士連携加算は、当該1項目の加算を算定した場合、他2項目の同加算の算定は不可。

## フレンジテクニック



下顎総義歯の新調時にフレンジテクニックを用いた場合に2回目の試適が認められた

## 通知

- (1) チタン冠とは、純チタン2種を用いて全部鑄造方式で製作された歯冠修復物(単独冠に限る。以下同じ。)をいい、大臼歯において用いる場合に限り認められる。ただし、分割抜歯を行った大臼歯に対して用いる場合は認められない。
- (3) 歯槽中隔部に骨吸収及び肉芽を形成している下顎大臼歯を保存可能と診断した場合において、当該歯を近遠心根の中隔部において分離切断し、中隔部を搔爬するとともに、各根管に対し歯内療法を行った上で、近心根、遠心根にそれぞれチタン冠を製作し連結して装着する場合は、歯内療法は当該歯を単位として算定し、歯冠形成、印象採得及び咬合採得は小臼歯2本分として算定する。なお、歯冠修復における保険医療材料料は大臼歯の材料料として算定する。

## M011-2 レジン前装チタン冠（1歯につき）

## 通知

- (1) レジン前装チタン冠とは、純チタン2種を用いて全部鑄造方式で製作された歯冠修復物の唇面を硬質レジンで前装したものをいい、前歯において用いる場合(単独冠に限る。)に限り認められる。

## 通知

- (1) 小児保隙装置は、う蝕等によって乳臼歯1歯が早期に喪失した症例に対して乳臼歯又は**第一大臼歯**に装着されるループが付与されたクラウン(又はバンド状の装置)を装着した場合に算定する。
- (2)・(3) (略)
- (4) 当該装置の再製作の費用は所定点数に含まれる。

EのMTの保隙に6番の装着が認められた



第一乳臼歯を支台とした装置



第一大臼歯を支台とした装置



### (7) 分割抜歯後のブリッジの製作

ハ 上顎の第1又は第2大臼歯を3根のうち2根残して分割抜歯してブリッジの支台歯とする場合は、頬側2根を残した場合は大臼歯として、又頬側いずれか1根と口蓋根を残した場合は支台歯としての小臼歯歯冠修復と小臼歯のポンティックとして算定して差し支えない。

ニ 下顎の第1又は第2大臼歯を近遠心2根のうち1根を残して分割抜歯してブリッジの支台とする場合は、1根を支台歯としての小臼歯歯冠修復と小臼歯ポンティックとして算定して差し支えない。

## M025-2 広範囲顎骨支持型補綴

改定前	
1 ブリッジ形態のもの（3分の1顎につき）	20,000点
2 床義歯形態のもの（1顎につき）	15,000点



改定後	
1 ブリッジ形態のもの（3分の1顎につき）	<b>25,000点</b>
2 床義歯形態のもの（1顎につき）	<b>20,000点</b>

## 通知

- (2) 咬合面が金属であるレジン裏装を行った臼歯部ブリッジのポンティックにおいて  
レジン裏装が脱落し、これを即時重合レジンで修理した場合は本区分により算定する。

特掲診療料

第13部 歯科矯正

## 第13部 歯科矯正

通則7 別に厚生労働大臣が定める疾患とは、次のものをいう。

(1)～(60) (略)

(61) クリッペル・ファイル症候群(先天性頸椎癒合症)

(62) アラジール症候群

(63) 高IgE症候群

(64) エーラス・ダンロス症候群

(65) ガードナー症候群(家族性大腸ポリポージス)

(66) その他顎・口腔の先天異常

通則8 7の(66)のその他顎・口腔の先天異常とは、顎・口腔の奇形、変形を伴う先天性疾患であり、当該疾患に起因する咬合異常について、歯科矯正の必要性が認められる場合に、その都度当局に内議の上、歯科矯正の対象とすることができる。

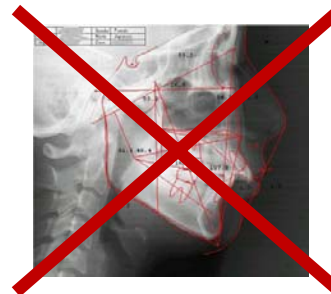
## 要 施設基準

## 通知

(2) 歯科矯正診断料は、別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常が認められる患者又は3歯以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常が認められる患者の口腔状態、顎骨の形態、成長及び発育等を分析するとともに、歯科矯正セファログラム、口腔内写真、顔面写真等の撮影を行い、これらの分析結果や評価等と過去に行った治療内容の評価と併せて可及的に長期的な予測を行った上で、治療計画書を作成し、患者又はその家族等に対して、その内容について説明し、文書により提供した場合に算定する。なお、区分番号N003に掲げる歯科矯正セファログラム及び区分番号N004に掲げる模型調製は別に算定する。

(3)～(7) (略)

(8) 当該保険医療機関において歯科矯正相談を行い、N001-2に掲げる**歯科矯正相談料を算定した患者について**、当該**歯科矯正相談に当たって**、E000の1に掲げる「写真診断」の「1単純撮影」若しくは「2 特殊撮影」又はE100に掲げる「歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織」の「1 単純撮影」若しくは「2 特殊撮影」を算定した場合には、当該**撮影料を算定した日から起算して3月以内**に、歯科矯正診断を行うに当たってのE000の1に掲げる「写真診断」の「1 単純撮影」若しくは「2 に掲げる**特殊撮影**」又はE100に掲げる「**歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織**」の「1 に掲げる**単純撮影**」若しくは「2 に掲げる**特殊撮影**」は別に算定できない。



歯科矯正相談料  
算定日

3月以内はX線撮影が不可

## 要 施設基準

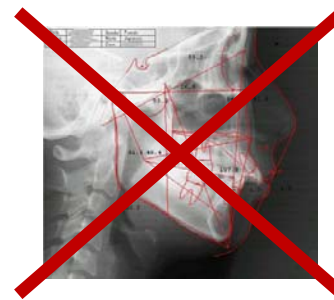
注3 区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料の費用及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

## 通知

- (7) 当該保険医療機関において歯科矯正相談を行い、区分番号N001-2に掲げる**歯科矯正相談料を算定した患者**について、当該歯科矯正相談の際に歯科エックス線画像の撮影を行った場合に、当該相談料の算定から**起算して3月以内**は、区分番号E000の1に掲げる「写真診断」の「1 **単純撮影**」若しくは「2に掲げる**特殊撮影**」又は区分番号E100に掲げる「**歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織**」の「1に掲げる**単純撮影**」若しくは「2に掲げる**特殊撮影**」は別に算定できない。



歯科矯正相談料  
算定日



3月以内はX線撮影が**不可**

学校歯科健診で不正咬合の疑いがあると判断され、歯科医療機関を受診した患者に対して、歯科矯正治療の保険適用の可否を判断するために必要な検査・診断等を行う場合について、新たな評価を行う。

新設

歯科矯正診断料  
又は  
顎口腔機能診断料

の **施設基準** の

有る医療機関  
無い医療機関

N001-2 歯科矯正相談料

1 歯科矯正相談料1	420点
2 歯科矯正相談料2	420点

注1 1については、区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料の注1又は区分番号N001に掲げる顎口腔機能診断料の注1に規定する**施設基準に適合している**ものとして地方厚生局長等に届けた**保険医療機関において**、第13部に掲げる**歯科矯正の適応となる咬合異常又は顎変形症が疑われる患者に対し**、歯・歯列の状態や咬合状態又は顎骨の形態等の分析及び診断を行い、当該患者に対し、**診断結果等を文書により提供した場合に、年度に1回限り算定**する。

注2 2については、区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料の注1又は区分番号N001に掲げる顎口腔機能診断料の注1に規定する**施設基準に適合している**ものとして地方厚生局長等に届けた**保険医療機関以外**の保険医療機関において、第13部に掲げる**歯科矯正の適応となる咬合異常又は顎変形症が疑われる患者に対し**、歯・歯列の状態や咬合状態又は顎骨の形態等の分析及び診断を行い、当該患者に対し、**診断結果等を文書により提供した場合に、年度に1回限り算定**する。

注3 区分番号**E000の1**に掲げる単純撮影若しくは2に掲げる特殊撮影又は区分番**E100の1**に掲げる単純撮影若しくは2に掲げる特殊撮影は**別に算定**できる。

注4 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

レントゲンは相談料と別に算定可



新設

## 通知

- (1) 「1 歯科矯正相談料1」については、N000に掲げる歯科矯正診断料の注1又はN001掲げる顎口腔機能診断料の注1に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、歯科矯正を担当する専任の歯科医師が検査等を行い、第13部に掲げる歯科矯正の適応の可否について診断を行った場合に、当該年度に1回に限り算定する。
- (2) 「2 歯科矯正相談料2」については、N000に掲げる歯科矯正診断料の注1又はN001掲げる顎口腔機能診断料の注1に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において検査等を行い、第13部に掲げる歯科矯正の適応の可否について診断を行った場合に当該年度に1回に限り算定する。
- (3) 歯科矯正相談料は、学校保健安全法第十三条第一項に規定する健康診断の結果より、別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常、3歯以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常又は顎離断等の手術を必要とする顎変形症が疑われる患者の口腔状態、顎骨の形態等について、歯科エックス線画像、口腔内写真、顔面写真等の撮影、スタディモデルの製作等を行い、これらの分析や評価を行った上で、患者及びその家族に対して、その内容について説明し、文書により提供した場合に算定する。
- (4) 「注1」及び「注2」に規定する文書とは、口腔領域の症状及び所見(咬合の状態、口腔の生理的機能の状態等)・ヘルマンの咬合発育段階等の歯年齢等の内容を含むものをいう。
- (5) 歯科矯正相談料を算定した場合は、診療録に、当該健康診断の実施日、結果、学校名及び患者又はその家族等に提供した診断結果等の要点を記載する。
- (6) 歯科矯正相談料を算定し、第13部歯科矯正に掲げる歯科矯正の適応とならないと診断された患者であって、咬合異常又は顎変形症以外の歯科疾患について継続的管理が必要な場合は、B000-4に掲げる歯科疾患管理料を算定できる。なお、歯科矯正相談料を算定した日に咬合異常又は顎変形症以外の歯科疾患に係る継続的管理を開始する場合は、同日に算定して差し支えない。

注2 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)、**区分番号B000-9に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)、区分番号B000-11に掲げる回復期等口腔機能管理料**又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して行った歯科矯正管理の費用は、別に算定できない。

## 【保険医療機関及び保険医療養担当規則】

(揭示)

## 第二条の六

保険医療機関は、その病院又は診療所内の見やすい場所に、第五条の三第四項、第五条の三の二第四項及び第五条の四第二項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。

2 保険医療機関は、原則として、第1項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

## 第五条の三 (略)

4 保険医療機関は、その病院又は診療所の病棟等の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。

5 保険医療機関は、原則として、第4項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

## 第五条の四

2 保険医療機関は、その病院又は診療所の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。

3 保険医療機関は、原則として、第2項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

【経過措置】 本改正に際し、令和7年5月31日までの経過措置を設ける。

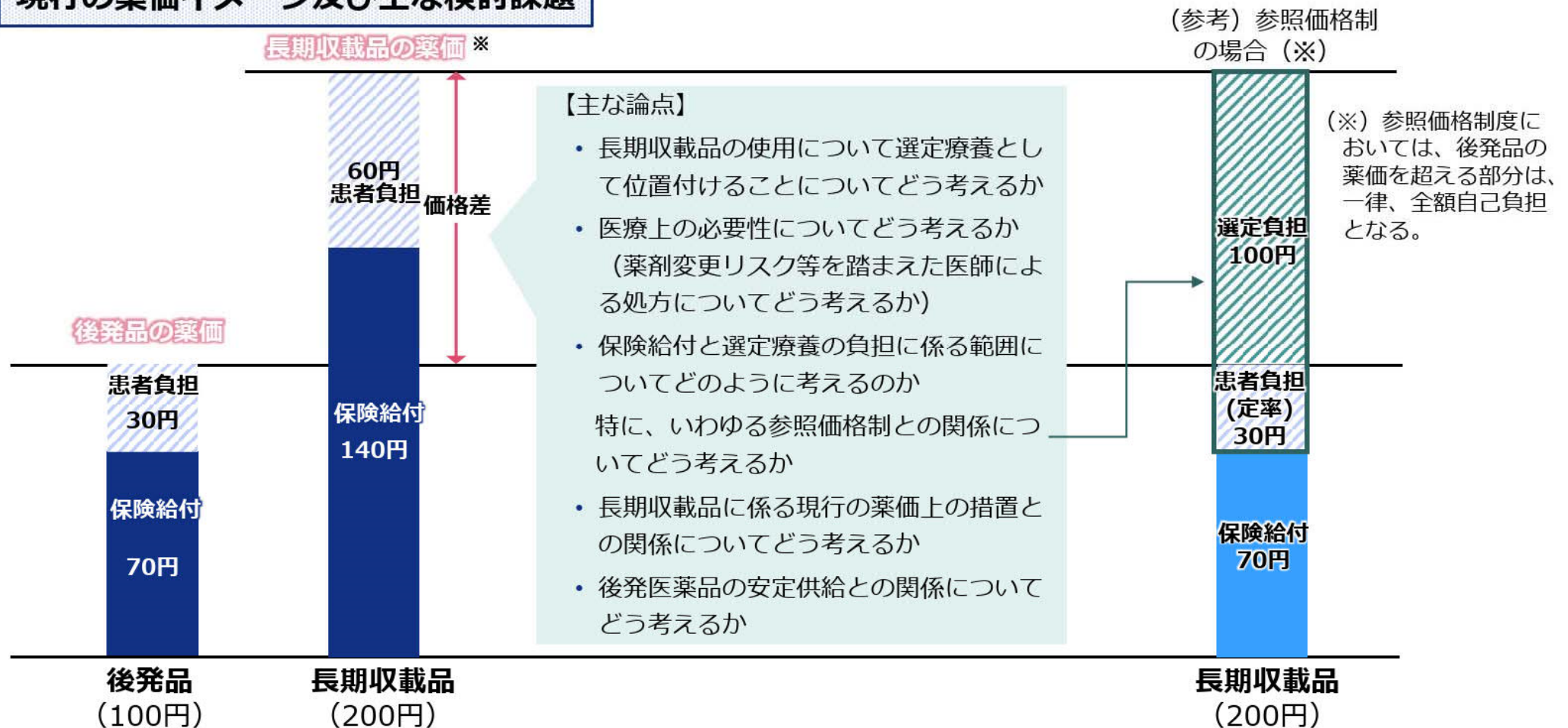
- ・施設基準等をHPに掲示することが、療養担当規則に設けられた
- ・自ら管理するウェブサイトをもたない保険医療機関等は対象外
- ・本改正に際し、R7年5月末までの経過措置が設けられた

令和5年11月29日

社保審医療保険部会

長期収載品の保険給付の在り方の見直しを中心として検討を進めることとする場合、例えば、以下の論点についてどう考えるか。

## 現行の薬価イメージ及び主な検討課題



(※) 長期収載品に係る薬価上のルールとしては、原則として、後発品上市から10年経過後、薬価を段階的に後発品価格まで引き下げ

令和5年12月8日

社保審医療保険部会

## 患者負担に与える影響（イメージ）

○ 選定療養に係る負担について、長期収載品と後発品の価格差の2分の1、3分の1、4分の1を案として、個別の薬価を想定して試算した場合は、次のとおり。

### ケース1

	薬価	負担割合	現行の負担		(参考) 全額	2分の1	3分の1	4分の1	後発品使用の場合
A製剤	500円	3割負担	150円	実際の患者負担額	<b>350円</b>	<b>250円</b>	<b>217円</b>	<b>200円</b>	<b>75円</b>
				変化額	(+200円)	(+100円)	(+67円)	(+50円)	(▲75円)
				長期収載品薬価に対する変動率	(40%)	(20%)	(13%)	(10%)	(▲15%)
後発品	250円	1割負担	75円	実際の額	<b>300円</b>	<b>175円</b>	<b>133円</b>	<b>113円</b>	<b>25円</b>
					変化額	(+250円)	(+125円)	(+83円)	(+63円)
				長期収載品薬価に対する変動率	(50%)	(25%)	(17%)	(13%)	(▲5%)
			25円						

### ケース2

	薬価	負担割合	現行の負担		(参考) 全額	2分の1	3分の1	4分の1	後発品使用の場合
A製剤	500円	3割負担	150円	実際の患者負担額	<b>430円</b>	<b>290円</b>	<b>243円</b>	<b>220円</b>	<b>45円</b>
					変化額	(+280円)	(+140円)	(+93円)	(+70円)
				長期収載品薬価に対する変動率	(56%)	(28%)	(19%)	(14%)	(▲21%)
後発品	150円	1割負担	45円	実際の額	<b>400円</b>	<b>225円</b>	<b>167円</b>	<b>138円</b>	<b>15円</b>
					変化額	(+350円)	(+175円)	(+117円)	(+88円)
				長期収載品薬価に対する変動率	(70%)	(35%)	(23%)	(18%)	(▲7%)
			15円						

(※1) 長期収載品について、①医療上の必要性があると認められる場合や、後発医薬品を提供することが困難な場合は、保険給付、②後発品の提供が可能な場合においても、患者の希望により、長期収載品が使用される場合は、選定療養。

(※2) 後発品の薬価については、最高価格帯の薬価を想定して試算。

(※3) 長期収載品と後発品の価格差は各品目の薬価によって異なるが、ケース1は長期収載品の薬価の1/2と想定（後発品の最高価格帯については、最高価格の50%以上の算定額となる後発品について、加重平均により集約していることに鑑みた想定）、ケース2は1/3程度と想定

(※4) 選定療養の負担については、長期収載品と後発品の価格差の●分の●で固定と仮定して、試算。

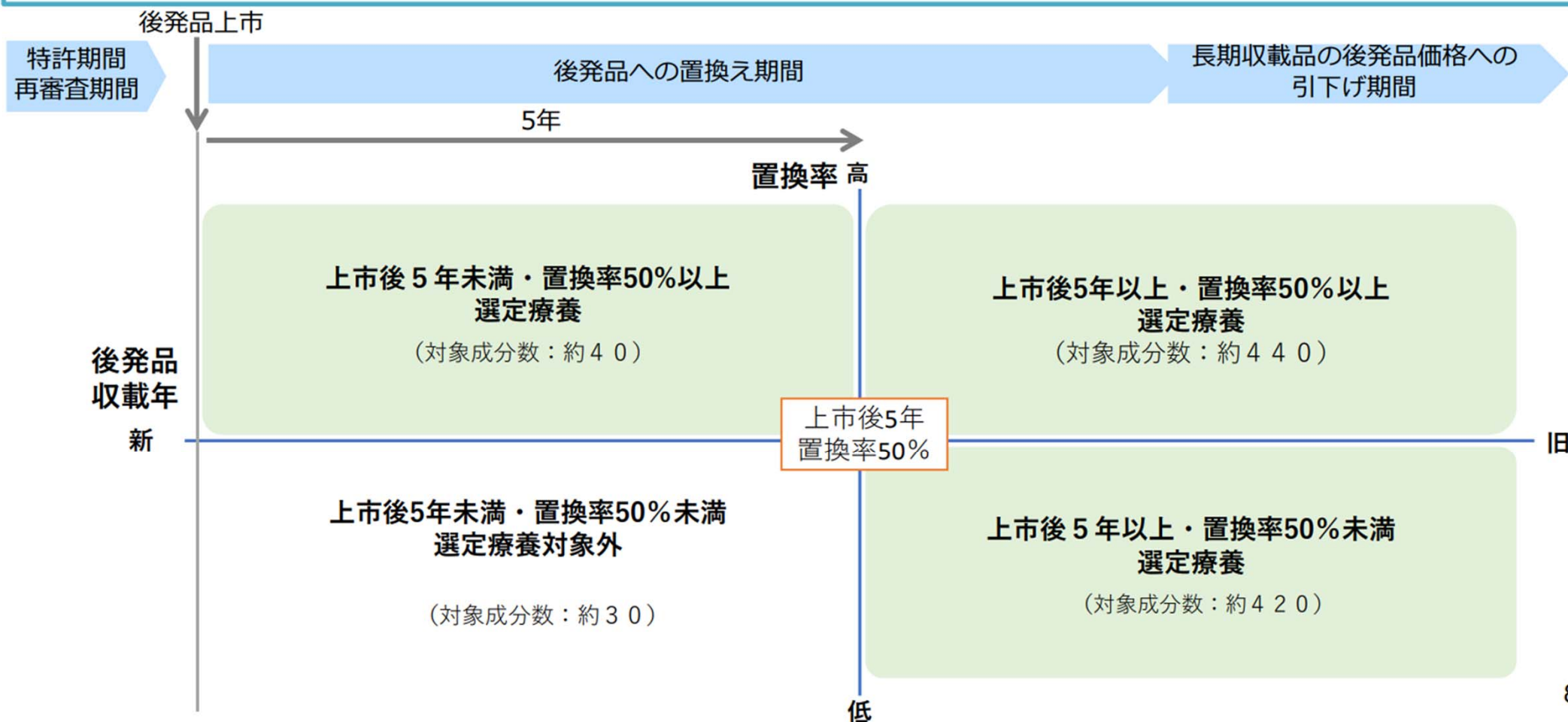
(※5) 選定療養の負担部分に係る消費税も含む。

(※6) ケース1のうち、価格差2分の1の場合： $(500-250) \times 1/2 \times 1.1 + \{250 + (500-250) \times 1/2\} \times 0.3$

○ 選定療養の対象となる長期収載品の品目の範囲については、後発医薬品上市後、徐々に後発品に置換えが進むという実態を踏まえ、次の観点から検討。

- ① 長期収載品の薬価ルールにおいては後発品上市後5年から段階的に薬価を引き下げることとしている。この点を参考に、**後発品上市後5年を経過した長期収載品については対象（※）**としてはどうか。
- ② また、後発品上市後5年を経過していなくても、**置換率が50%に達している場合には**、後発品の選択が一般的に可能な状態となっていると考えられ、**選定療養の対象**としてはどうか。

※ ただし、置換率が極めて低い場合（市場に後発医薬品がほぼ存在しない場合）については、対象外。



# 薬剤別にみる先発品と後発品の薬価の差異について（抗菌薬・鎮痛薬） 207

	先発 後発	製品名	製造会社	新薬価 2024/4/1以降	薬価 2024/3/31まで
抗菌薬	先	サワシリンカプセル250	LTLファーマ	<b>15.30</b>	10.20
	後	アモキシシリンカプセル250mg「日医工」	日医工	<b>10.10</b>	10.10
	先	クラビット錠250mg	第一三共	<b>70.40</b>	96.70
	後	レボフロキサシン錠250mg「トーワ」	東和薬品	<b>37.00</b>	40.20
	先	ジスロマック錠250mg	ファイザー	<b>158.90</b>	197.30
	後	アジスロマイシン錠250mg「タカタ」	高田製薬	<b>90.50</b>	64.70
鎮痛薬	先	ロキソニン錠60mg	第一三共	<b>10.10</b>	10.10
	先	ロキソプロフェンNa錠60mg「ツルハラ」	鶴原製薬	<b>10.60</b>	7.90
	後	ロキソプロフェン錠60mg「EMEC」	エルメッド	<b>9.80</b>	9.80
	先	セレコックス錠100mg	アステラス製薬	<b>23.80</b>	35.20
	後	セレコキシブ錠100mg「フェルゼン」	フェルゼンファーマ	<b>10.50</b>	11.90
	後	カロナール錠200 200mg	あゆみ製薬	<b>6.70</b>	5.90
	後	アセトアミノフェン錠200mg「NP」	ニプロ	<b>5.90</b>	5.90

- 👉 **ベースアップ評価料** (物価高騰、人件費問題対応)  
➡ 歯科外来・在宅ベースアップ評価料 I・II
- 👉 **基本診療料のUP** (ホスピタルフィー恒久化)
- 👉 **施設基準のハードル** (手上げしてくれる方々が、出来るように)
- 👉 **疾病予防に対する考え方** (重症化予防の推進  
=かかりつけ歯科医の使命)
- 👉 **口腔機能管理の育成** (管理と処置の分離)
- 👉 **新規技術の保険収載** (日本歯科医学会・産業界  
・行政等との連携)





ご清聴、ありがとうございました

